

Region Kalmar län

Utredning av akuta vårdprocesser och elektiva processer



Innehåll

1.	Sammanfattande analys och slutsatser	2
2.	Inledning.....	3
2.1	Uppdraget.....	3
2.2	Avgränsningar	3
2.3	Metod och genomförande.....	3
2.4	Rapportens disposition.....	3
2.5	Utgångspunkter.....	4
3.	Akuta flöden	6
3.1	Förutsättningarna för regionens akutmottagningar	7
3.2	Patientströmmar till akut vård	11
3.2.1	Från 1177 hänvisas mer än 50 procent av patienterna till primärvård	12
3.2.2	Skulle var femte besökare på akuten kunna omhändertas i primärvården?	12
3.2.3	Tidiga bedömningar och insatser möjliggörs i ambulansen	15
3.3	Patienterna efterfrågar tillgänglighet i primärvården främst dagtid och helger	18
3.3.1	Primärvårdsjourerna nyttjas främst på helger.....	19
3.3.2	Erfarenheter från Region Sörmland	22
3.4	Från begränsad medicinakut med snabbspår till närsjukhus med närakut i Oskarshamn? Konsekvenser och möjligheter	22
3.4.1	Ambulanstransporterna förenklas vid en avveckling av medicinakuten	23
3.4.2	Marginell påverkan på akutflödet i Kalmar och Västervik	23
3.4.3	Riktlinjer för eftervården för patienter med inläggningsbehov behöver tas fram	24
3.4.4	Oskarshamns sjukhus bör utvecklas i ett Nära vård-perspektiv	25
3.4.5	Utveckling av medicinkliniken	26
3.4.6	En notering om informationsstrategi.....	27
4.	Elektiv vård	29
4.1	Det finns outnyttjad operationskapacitet i Oskarshamn som kan utnyttjas av Länssjukhuset i Kalmar och Västerviks sjukhus	30
4.2	Ett flertal specialiteter skulle kunna utnyttja den tillgängliga kapaciteten	31
4.3	Ett antal arrangemang krävs för att förlägga operationer till den lediga kapaciteten i Oskarshamn. 34	
5.	Övriga iakttagelser i utredningen.....	36
5.1	Produktionsplanering vid operationsenheterna i Kalmar och Västervik.....	36
5.2	Trängsel på akutmottagningen i Kalmar	37
5.3	Arbeta för att kunna utnyttja samtliga fysiska operationssalar i Västervik	37
5.4	Utredningen ser inga behov av förändringar av screeningverksamheten	37
5.5	Kvalitetsbrister i statistiken	38
	Bilaga 1 Källförteckning.....	39
	Bilaga 2 Ingående åtgärder inom operationsstatistikens kategorier "övriga".....	41
	Bilaga 3 Exempel på koncept med närsjukhus	42

1. Sammanfattande analys och slutsatser

Uppdraget har varit att genomföra en analys och översyn av akutprocesserna i länet samt elektiv¹ vård i form av operationer och screeningsverksamhet. Analysen har omfattat samtliga berörda verksamheter inom de akuta flödena samt berörda verksamheter avseende operationer och screeningverksamhet.

Våra slutsatser och förslag bygger på en grundlig analys av tillgänglig vårddata och produktionsstatistik samt intervjuer med ansvariga för samtliga berörda verksamheter. Utredningen har genomförts under perioden februari – maj år 2024. Det huvudsakliga perspektivet i analyser och rapportutformning har varit ett befolknings- och patientperspektiv.

Utredningens huvudsakliga förslag är:

Vidta åtgärder för att minska antalet undvikbara besök på akutmottagningarna

Akutmottagningarna behövs främst för patienter med allvarigare åkommor. Patienter med mindre allvarliga tillstånd kan få ett snabbare och bättre omhändertagande i primärvården förutsatt att tillgängligheten till primärvården är god och att patienternas sökmönster dit kan uppmuntras. Utredningen innehåller analys av patientströmmar och förslag på åtgärder för att minska antalet undvikbara besök på akutmottagningarna.

Avveckla nuvarande medicinakut i Oskarshamn

Den nuvarande medicinakutmottagningen i Oskarshamn är en i flera avseenden begränsad verksamhet och svarar inte upp emot vad som kan betraktas som en fullvärdig akutmottagning. Nuvarande förhållande medför patientsäkerhetsrisker och en förändring av akutflödena, med Kalmar och Västervik som länets akutmottagningar, kan skapa säkrare och mer kvalitativ akutvård.

Utnyttja hela regionens kapacitet för operationer i Oskarshamn

Vi har i utredningen kunnat konstatera att regionen har utnyttjad operationskapacitet i Oskarshamn samtidigt som flera specialiteter brottas med långa väntetider. Utredningen innehåller därför förslag på hur operationskapaciteten ska kunna utnyttjas bättre.

Utveckla Oskarshamns sjukhus till ett närsjukhus

Oskarshamns sjukhus kan utvecklas utifrån ett närsjukvårdskoncept enligt principerna för God och Nära vård. I Oskarshamn finns goda förutsättningar för att skapa ett närsjukhus med väl så betydande utbud som de vårdcentrum som börjar växa fram i andra regioner.

Avveckla primärvårdsjourerna på vardagar

Vår bedömning är att utnyttjandet av primärvårdsjourerna på vardagar i Västervik och Kalmar är för lågt i förhållande till de resurser som åtgår. Utredningen innehåller förslag på åtgärder för bättre anpassning till befolkningens sökbeteende.

¹ Begreppet elektiv vård används synonymt med planerad vård och avser vård som kan senareläggas utan fara för patienten.

2. Inledning

2.1 Uppdraget

Regionens tre sjukhus ska fortsätta att utvecklas utifrån sina förutsättningar, där varje sjukhus unika kompetenser ska tas tillvara för att skapa en så bra och tillgänglig vård som möjligt för invånarna i Kalmar län. Samverkan mellan sjukhusen ska stärkas och utvecklingsarbetet ska ske i takt med omställningen till en god och nära vård.

I det framtida hälso- och sjukvårdssystemet har länets tre sjukhus viktiga roller att fylla. Sjukhusbunden slutenvård behöver prioriteras för de patienter som kräver sjukhusens specialiserade vård och teknik. Genom att rätt person får rätt insats kan såväl kvaliteten som effektiviteten öka. I omställningen ska utvecklingen av länets tre sjukhus fortsätta med fokus på utveckling utifrån sina förutsättningar, kompetenser och vårdplatsbehov.

Uppdraget har varit att genomföra en analys och översyn av de akuta och elektiva processerna i länet. Analysen har omfattat alla samtliga berörda verksamheter inom de akuta flödena samt berörda verksamheter avseende operationer och screeningverksamhet.

2.2 Avgränsningar

Den elektiva vården har avgränsats till att omfatta operationer och screeningverksamhet. Ögonoperationer är exkluderade i utredningen.

2.3 Metod och genomförande

Utredningen har genomförts genom följande metoder:

- ▶ Insamling av statistisk data rörande produktionsvolymer, besöksmönster, patientströmmar mellan vårdinstanser, kapacitetsutnyttjande och väntetider
- ▶ Kartläggning av patientströmmar till länets akutmottagningar samt primärvård
- ▶ Kartläggning av operationskapacitet och -resurser
- ▶ Kartläggning av avdelningskapacitet och -resurser
- ▶ Intervjuer med nyckelfunktioner för frågeställningarna (se lista över intervjuade funktioner i bilaga 1)
- ▶ Utblickar i andra regioner

2.4 Rapportens disposition

Rapporten är indelad efter uppdragets två delar, där översynen av akutprocessen redovisas först och därefter analysen av den elektiva vården. Varje huvudavsnitt inleds med en övergripande slutsats där vi redogör för sammanfattande analys och rekommendationer. Därefter följer avsnitt där fakta och iakttagelser som ligger till grund för slutsatser och förslag framgår.

2.5 Utgångspunkter

Inledningsvis redogör vi för några av utredningens utgångspunkter.

God och nära vård

Svensk hälso- och sjukvård som helhet och regionernas strategiska arbete präglas delvis av konceptet God och nära vård. Fortfarande är visionen enligt vår mening tämligen vagt formulerad men i stort handlar det om att förflytta vården närmare befolkningen och patienterna. Nära kan betyda nära i geografiskt avstånd, i tid, rätt vårdnivå eller på annat sätt. Tre huvudlinjer är förflyttning av resurser från sjukhus till primärvård, samordning mellan framför allt kommuner och regioner samt ett personcentrerat arbetssätt.

Patientperspektiv

I de bedömningar vi gör och i de förslag som vi ger är patientsäkerhet och patientnytta ett prioriterat perspektiv. Eventuella förändringar ska inte ske på bekostnad av utan snarare stärka patientsäkerhet och lösningarna bör dessutom leda till enklare sätt för befolkningen att hitta rätt i vården.

Om effektivitet

När man pratar om att skapa en ”effektiv” vård kan man prata om olika saker. Ett mål kan vara att använda tillgängliga resurser på ett så effektivt sätt som möjligt, exempelvis fullbokade tidböcker och användning av lokaler med maximalt kapacitetsutnyttjande. Ett annat mål kan vara att patientens flöde genom vården ska vara så effektivt som möjligt. En hälsocentral som kan erbjuda tid för behandling samma dag har bättre patientflöde än en hälsocentral som har kö med väntande patienter. Här mäts i större utsträckning hur mycket värdeskapande aktiviteter som pågår under en specifik tidsperiod. Både patient och vårdgivare vinner på korta ledtider, dvs. väntan på nästa aktivitet.

En verksamhet som lyckas med både högt utnyttjande av resurser och god tillgänglighet där patienter snabbt får vård på rätt nivå utan onödig väntan skulle vara det optimala. I praktiken finns det dock i alla flöden naturlig variation som hindrar ett perfekt läge.

Hur vårdkedjan än utformas är det dock viktigt att beakta vilken typ av effektivitet man försöker uppnå.

Vi strävar efter att beakta båda dessa aspekter av effektivitet. En central faktor är att till synes små förändringar av flödet kan få avsevärda effekter på tillgängligheten. Exempelen är många. Vi har exempelvis vid arbete med en neurologimottagning kommit fram till att om mottagningen ökade antalet besök per vecka ökade från 22 till 23,5 så skulle den långa kön med väntande patienter försvinna tämligen fort.

Nudging – att knuffa patienter i rätt riktning

Inom hälso- och sjukvården uppstår ständigt olika beslutssituationer i vilka professionen eller patienten behöver göra olika val. Hur processer, information, beslutsstöd, webbsidor med mera är utformade kan därför ha stor betydelse för utfallet. Kunskap om hur människor faktiskt agerar och fungerar i olika situationer är central vid utformningen av program, satsningar och åtgärder inom det hälsofrämjande arbetet.²

² Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård – med fokus på vården vid kroniska sjukdomar, Socialstyrelsen 2018

Nudging är ett metod för att ändra människors beteenden genom att göra det enklare att göra vissa val. På svenska kan nudging översättas till "en knuff i rätt riktning".³ Det kan handla om att göra det lättare att följa en regel eller att agera mer hälsosamt, utan att förbjuda några alternativ eller väsentligt ändra ekonomiska incitament.

Inom hälso- och sjukvården har nudging använts för att främja önskade beteenden i olika sammanhang, både hos patienter och sjukvårdspersonal. I denna utredning tar vi avstamp i resonemanget om nudging och dess potential att underlätta för patienten att söka vård på rätt nivå i det akuta flödet. Grunden är att det ska vara lätt att göra rätt och svårare att göra fel.

Kostnader och alternativkostnader

Vi anlägger inte i första hand ett strikt ekonomiskt perspektiv på bedömningar och förslag. Däremot försöker vi analysera alternativkostnader. En alternativkostnad till att inte utnyttja en viss resurs kan vara längre väntetider. En alternativkostnad för att använda en resurs med lågt kapacitetsutnyttjande kan vara utebliven förstärkning av en annan vårdprocess.

Faktaunderlag

Samtliga beskrivningar av nuvarande förhållanden bygger på fakta i form av vårddata och statistik så långt det är möjligt. Det gäller även analyser och förslag. Övriga beskrivningar bygger på formella dokument som exempelvis verksamhetsberättelser samt på intervjuer och samtal med verksamhetsföreträdare.

³Det engelska uttrycket nudging betyder att putta någon eller något försiktigt för att få dennes uppmärksamhet. Inom beteendekonometri är *puffning* ett samlingsbegrepp som används för att beskriva policyverktyg vars syfte är att underlätta för individer att fatta beslut som främjar deras välfärd utan att begränsa deras handlingsfrihet.

3. Akuta flöden

Uppdraget har varit att genomföra en analys och översyn av akutprocesserna i länet. Analysen har omfattat 1177 rådgivning, ambulans, akutmottagningar, primärvårdsjourer och hälsocentraler.

Frågeställningar i analysen har varit:

- ▶ Patienternas sökmönster
- ▶ Belastning på respektive akutmottagning
- ▶ Vilka specialistkompetenser som finns att tillgå på respektive akutmottagning
- ▶ Vilka patienter (akuta tillstånd) har akutmottagningen, sett utifrån kompetens, möjlighet att omhänderta
- ▶ Kan hälsocentralerna omhänderta de patientgrupper som idag söker vård vid akutmottagningarna och i så fall i vilken utsträckning inbegripet hur många patienter som akutmottagningen skickar vidare samt i hur många fall ambulansen kör till en annan akutmottagning trots att det inte är den närmaste
- ▶ Vilka åtgärder kan genomföras tidigare i vårdkedjan för att minska akutbesöken för de patienter som kan omhändertas i primärvården
- ▶ Vilka behov (tillstånd) har patienterna som söker vård vid respektive akutmottagning, hur många av dessa kan hanteras av den akutmottagningen de söker vård hos och hur triageras⁴ dessa patienter (grön/gul/röd)
- ▶ Vilka åtgärder krävs för att hälsocentralerna ska få ökad förmåga att omhänderta fler patienter av de som idag söker vård vid akutmottagning. Detta inbegriper en analys av hälsocentralernas tillgänglighet och arbets sätt i relation till patienternas sökmönster samt om en annan tillgång till primärvård hade påverkat akutprocessen
- ▶ Genomgång av tillgänglig och nödvändig information som riktas till patienterna för att hjälpa dem att välja rätt vårdnivå
- ▶ Hur kan återkoppling från akutmottagningarna till primärvården stärkas kring patienter som ofta söker vård vid akutmottagningarna
- ▶ Ambulansverksamhetens utveckling för att säkra upp en ny akut vårdprocess

⁴ Triage är en process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från anamnes, symtom och ibland vitalparametrar såsom andningsfrekvens, puls och kroppstemperatur.

Övergripande slutsats: De akuta flödena kan utvecklas för förbättrad patientsäkerhet och tillgänglighet

Vi ser ett antal möjligheter att utveckla och förbättra de akuta flödena i länet, vilka inbegriper både akutmottagningarnas verksamhet och primärvården.

Regionens tre akutmottagningar har olika förutsättningar. Akutmottagningen i Oskarshamn är en begränsad sådan, i flera avseenden. Den är dels begränsad till enbart medicinska patienter (kapacitet inom ortopedi och kirurgi saknas), dels begränsad utifrån varierande kompetens och erfarenhet i bemanning. Detta skapar stor osäkerhet och utgör en patientsäkerhetsrisk.

Utredningen visar att det ur flera perspektiv – flöde, vårdkvalitet, patientsäkerhet, tillgänglighet och kostnad – finns fog för att avveckla medicinakutmottagningen i Oskarshamn och utveckla sjukhusets verksamhet i ett nära vård-perspektiv. Akutmottagningarna i Kalmar och Västervik har kapacitet och kompetens att omhänderta de patienter som idag tas emot vid medicinakuten i Oskarshamn, utan väsentlig påverkan på nuvarande verksamhet.

Vidare ser vi att primärvården kan utvecklas att möta patienten på ett mer resurseffektivt och kvalitativt sätt, utifrån patienternas sökmönster. Utifrån sökmönstret är det centralt med god tillgänglighet på hälsocentralerna dagtid och på jourerna under helgdagar. **Vi bedömer att primärvårdsjourernas kvällstider vardagar kan avvecklas och att dessa patienter kan omhändertas på hälsocentralerna dagtid.** Dessutom frigörs resurser i form av läkare och sjuksköterskor som kan användas på annat sätt för att skapa tillgänglighet på hälsocentralerna.

Slutligen bör samverkan mellan akutmottagning, ambulans och hälsocentral stärkas för att patienten ska uppmuntras till rätt vårdnivå. Vi ger i rapporten ett antal konkreta exempel på hur förändringar kan se ut.

3.1 Förutsättningarna för regionens akutmottagningar

Akutsjukvård är en komplex verksamhet, där till exempel avvägningar om närhet, kompetens och förhållandet till andra delar av sjukvården är viktiga aspekter. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhåller i en kartläggning från 2018 att akutsjukvårdens många beröringspunkter med andra delar av vårdsystemet medför att det inte heller finns något enkelt svar på frågan om hur akutsjukvården bör organiseras. Vidare konstaterar myndigheten att det saknas en enhetlig definition av begreppen akutsjukhus och akutmottagning. Det är heller inte möjligt att få en klar bild utifrån regionernas styrdokument av vilka krav som finns på akutsjukhusen när det gäller det akuta omhändertagandet.

Myndigheten drar ett antal slutsatser i sin kartläggning som har bäring på denna rapport:

- ▶ Akutsjukhusen behöver bred kompetens dygnet runt
- ▶ Varierande erfarenhet hos läkarna på akutmottagningar riskerar patientsäkerheten
- ▶ För flera allvarliga och tidskritiska tillstånd kör ambulansen förbi närmaste sjukhus för att nå mer avancerad vård

- ▶ Närhet till sjukhus betyder inte alltid tillgång till behandlingsmöjligheter
- ▶ Bristande tillgänglighet i primärvården och telefonrådgivningens hänvisningar ökar vårdbehovet på akutmottagningarna⁵

Region Kalmar läns tre akutmottagningar har olika förutsättningar. Den största skillnaden ligger i att akutmottagningen i Oskarshamn är en begränsad sådan, i flera avseenden. Den mest väsentliga skillnaden är att Oskarshamn endast har en medicinakut, där det saknas spår för kirurgi och ortopedi.⁶ De sökorsaker som inte kan omhändertas vid medicinakuten i Oskarshamn, och därmed hänvisas till Västervik eller Kalmar (eller annan region vid behov), är i huvudsak följande:

- ▶ Patienter med behov av intensivvård
- ▶ Patienter under 18 år (gäller samtliga specialiteter)
- ▶ Hjärtpatienter med behov av PCI-behandling⁷
- ▶ Kirurgiska och ortopediska patienter med prioritet röd, orange (och i viss mån gul).

Nedan ses fördelningen mellan besök som gäller de största spåren; medicin, ortopedi respektive kirurgi för samtliga av länets akutmottagningar. De tre största spåren utgör totalt 84 procent av samtliga besök på akutmottagningarna under 2023.⁸

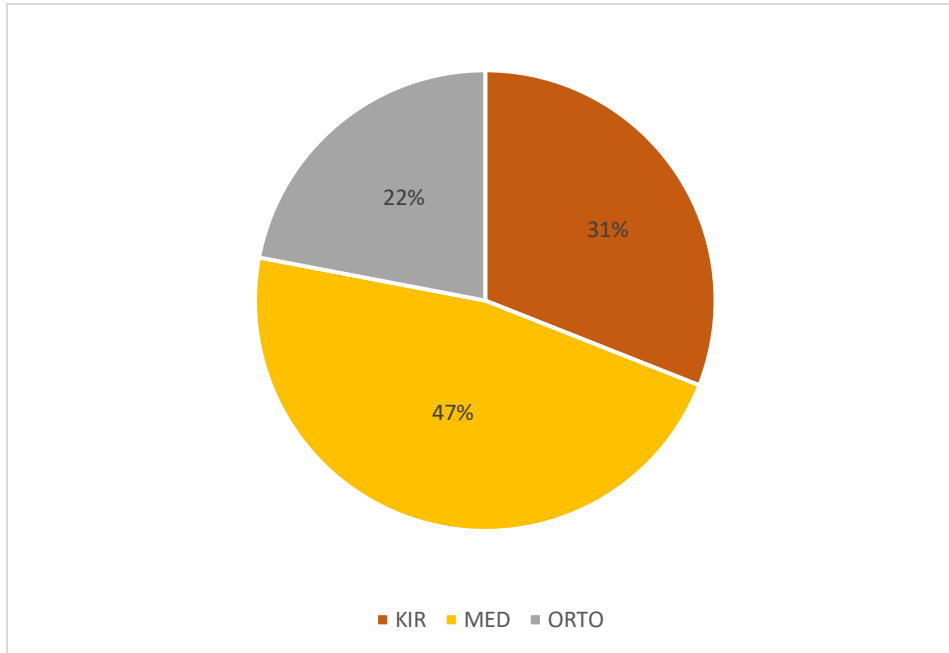
⁵ En akut bild av Sverige. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018

⁶ I detta sammanhang kan nämnas att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i sin kartläggning 2018 använde begreppet akutsjukhus för de sjukhus som har en akutmottagning med två eller flera samlokaliserade specialiteter, exempelvis medicin och kirurgi.

⁷ PCI är en förkortning av *Percutan Coronar Intervention* och avser ballongvidgning av hjärtats kranskärl. Metoden används vid akut hjärtinfarkt samt vid instabil och stabil kärlkramp.

⁸ Övriga besök kan avse barn- och ungdomsmedicin, infektion, onkologi, ögon, öron/näsa/hals. I statistiken som avser det totala antalet besök till akutmottagningarna har vi rensat för de besök som avser snabbspåret i Oskarshamn.

Figur 1. Fördelning mellan sökorsak som avser kirurgi/medicin/ortopedi på länets akutmottagningar 2023



Av de största spåren inom det akuta flödet är det mer än hälften av besöken som inte kan omhändertas i Oskarshamn, det vill säga ortopediska och kirurgiska sökorsaker. I nuläget kan ett fåtal kritiska tillstånd (RETTS röd och orange)⁹ omhändertas vid medicinakuten i Oskarshamn. Därför är ett destinationsstöd framtaget som vägledning för ambulansens transporter. Vid tillfället för utredningen ses destinationsstödet över och kommer framgent omfatta ytterligare begränsningar i vilka patienter som kan tas emot.

Utöver den här begränsningen av kapaciteten på medicinakuten tillkommer betydande osäkerhet beroende på tillfälliga variationer i kompetens på medicinakuten samt tillgång till vårdplatser.

Ambulansen måste vid varje enskilt tillfälle matcha sin bedömning av patienten med den kompetens och kapacitet som vid tillfället finns vid medicinakuten i Oskarshamn. Denna osäkerhet höjs ytterligare när det är mindre erfaren personal i ambulansen.

Nedan ses besök per dygn i snitt för de tre akutmottagningarna. Besöksantalet skiljer sig markant mellan Oskarshamn i jämförelse med Kalmar och Västervik. I statistiken för Oskarshamns sjukhus är det viktigt att skilja mellan det totala antalet besök till akutmottagningen (där även snabbspåret som är primärvård räknas in) och den andel av besöken som går till medicinakuten. Det kommer vi att göra genomgående i rapporten.

⁹ RETTS (*Rapid emergency triage and treatment system*) är det systematiska triagesystem som är mest använt vid Sveriges akutmottagningar.

Tabell 1. Besöksstatistik akutmottagningarna i regionen

Sjukhus	Antal besök per dygn snitt 2023 ¹⁰
Oskarshamn	15 ¹¹
Kalmar	105
Västervik	60

I tabellen nedan ses kostnaden per besök på respektive akutmottagning. Här kan vi se att ett besök på medicinakuten i Oskarshamn har en högre kostnad, den är 72 procent högre än i Västervik och 47 procent högre än i Kalmar.

Tabell 2. Kostnad per besök på respektive akutmottagning

Sjukhus	Kostnad per besök kr 2023 ¹²
Oskarshamn (Medicinakuten)	3 280
Kalmar	2 230
Västervik	1 900

Utöver akutflödet till akutmottagningarna vid sjukhusen finns det ett antal direktflöden dit patienter hänvisas utan att passera akutmottagningen. I Kalmar finns direktflöden till barnmottagningen och till kvinnokliniken. Tidigare har det även funnits ett direktspår till öronmottagningen men detta flöde flyttas till akutmottagningen under år 2024. I Västervik finns det under dagtid direkta akutflöden till ögonmottagning och öronmottagning. Direktflödet till gynekologi/obstetrik är öppet dygnet runt hela veckan.

Vidare resonemang om medicinakuten i Oskarshamn följer i avsnitt 3.4.

Träffsäkerheten avseende vårdnivå på akutmottagningarna i Kalmar och Västervik beskrivs vara relativt god. Vi har inte tagit del av någon data som motsäger detta påstående. Cheferna för akutmottagningarna ger en samstämmig bild av att cirka 20 procent av besöken på akuten skulle kunna omhändertas i primärvården. Det finns ingen användbar statistik för att styrka detta påstående, utan är en uppskattning utifrån verksamheternas bedömning och begränsade korttidsstudier som genomförts.

¹⁰ Siffrorna är ett sammanräknat snitt för de senaste 7-8 åren, ej inkluderat pandemiperioden. Snittet inkluderar inte de besök som triageras bort.

¹¹ Enbart medicinakuten.

¹² Kostnadsberäkningen är ungefärlig och bygger på regionens egna uppskattningar. Själva akutmottagningen och akutvårdsavdelning har samma kostnadsställe. Kostnaden har därför reducerats med 14 procent för Kalmar. Läkarnas kostnader är inte heller inräknade eftersom de bokförs på respektive hemmaklinik. Inte heller är laboratorieprover och röntgenundersökningar knutna till besök inräknade. Informationen är inhämtad från ekonomichef på hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Akutmottagningarna i Kalmar och Västervik fungerar enligt vår bedömning i stora drag väl. Detta speglas också av att länet har kortaste totala vistelsetiden på akutmottagning i riket.¹³ I Kalmar finns emellertid ett visst problem med långa vistelsetider och trängsel på akutmottagningen, se avsnitt 5.3. Det är därmed ett perspektiv som behöver beaktas. Vårdplatsläget på Länssjukhuset i Kalmar och i Västervik är periodvis ansträngt, men beskrivs fungera med hjälp av utlokaliseringar vid behov.

Kompetensförsörjningsläget skiljer sig mellan akutmottagningarna. Eventuella strukturförändringar bör dock inte i första hand utgå från aktuella kompetensförhållanden eftersom situationen förändras. Dock bör tillgången till kompetens över tid och sjukhusens möjlighet utifrån befolkningsunderlag att attrahera tillräcklig kompetens för att säkerställa god vård beaktas. Här har akutmottagningarna olika förutsättningar idag, där Oskarshamn över tid haft väsentliga utmaningar i att säkerställa adekvat bemanning för medicinakutens verksamhet.

Vid samtliga tre sjukhus finns vid akutmottagningarna speciellt designade akutspår för patienter med misstänkt stroke eller hjärtstopp.

3.2 Patientströmmar till akut vård

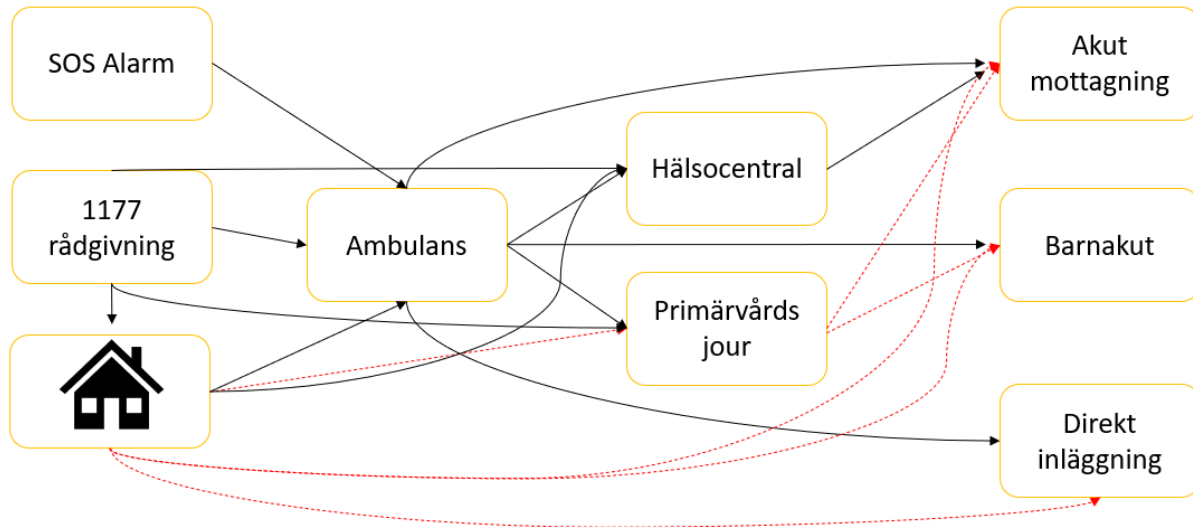
Vi har analyserat befolkningens sökmönster till regionens akutmottagningar utifrån följande perspektiv:

- ▶ Antal patienter som söker vård på akutmottagningarna, deras hemvist, hälsocentral, sökorsaker och genomströmningstider
- ▶ Ambulansens olika transporter till akutmottagning, hälsocentral, jourmottagning och direktinläggningar, inklusive svarstider och destinationsstöd
- ▶ Hänvisningar från 1177 rådgivning till ambulans, primärvård och specialiserad vård
- ▶ Statistik för hälsocentraler rörande besökstider och -dagar, patients hemvist, ålder
- ▶ Statistik för primärvårdsjourer rörande besökstider och -dagar

Statistik har inhämtats för samtliga punkter i den mån den funnits tillgänglig. Framför allt rörande primärvårdsjourerna saknas tillförlitlig statistik rörande hur patienter hänvisas. I statistiken från 1177 går det tyvärr inte att särskilja hänvisningar till akutmottagningen från annan specialiserad vård. Utöver datainsamling har vi utifrån intervjuutsagor skapat oss en bild av hur flödena till akutmottagningarna ser ut. I bilden nedan representerar de svarta pilarna flöden som vi lyckats kartlägga, och de röda streckade pilarna representerar flöden som inte kunnat beläggas med statistik.

¹³ [Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2022](#), Socialstyrelsen 2023. Denna statistik omfattar alla besök på akutmottagningen, dvs även de som skulle kunna omhändertas på annan vårdnivå.

Figur 2. Överblick över flöden till primärvård och akut specialiserad vård



3.2.1 Från 1177 hänvisas mer än 50 procent av patienterna till primärvård

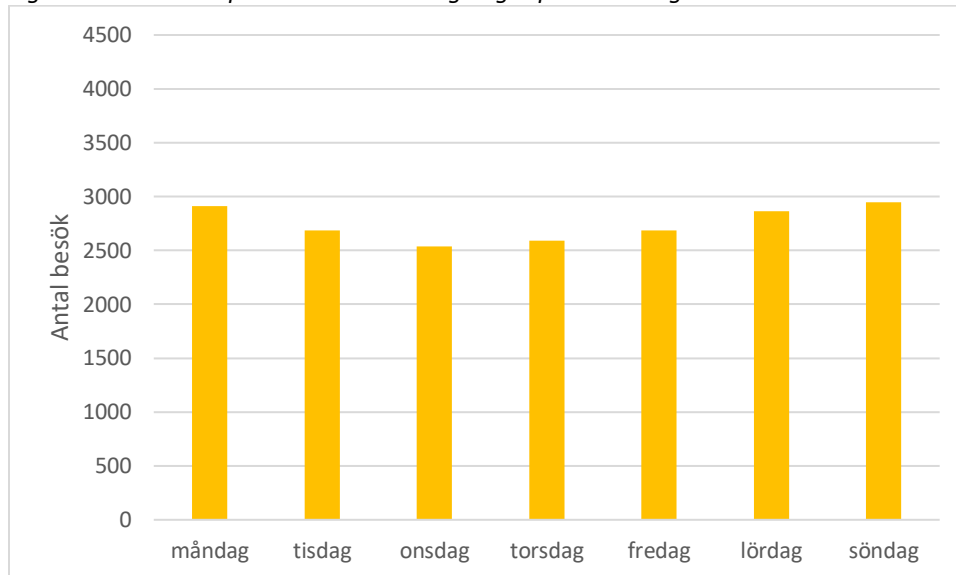
Av statistik från 1177 Rådgivningsstödet går att utläsa att 52,68 procent av alla samtal 2023 hänvisades till primärvården (ej uppdelat mellan hälsocentral och jour). Totalt hänvisades 22,14 % till specialiserad vård, vilket inbegriper akutmottagningarna (tyvärr går det inte att urskilja mottagningarna). Härutöver är det värt att notera att 17,31 % hänvisades till egenvård och 4,33 % hänvisades att ringa ambulans. Statistiken för perioden sedan regionen själva tog hem rådgivningen (mars 2024) uppvisar i stort samma fördelning. De vanligaste kontaktorsakerna 2023 var feber hos barn (6,18 %), buksmärta hos vuxen (4,24 %), halsont (3,83 %) samt öronbesvär barn (2,63 %).

Det saknas statistik för hur hänvisning sker specifikt till primärvårdsjourerna. Då rådgivningen från jourerna primärt sker per telefon saknas data för utfall av dessa samtal. Vi kan därmed inte se andelen samtal som resulterar i ett besök, andel som blir hänvisade till egenvård, akutmottagning eller övrigt.

3.2.2 Skulle var femte besökare på akuten kunna omhändertas i primärvården?

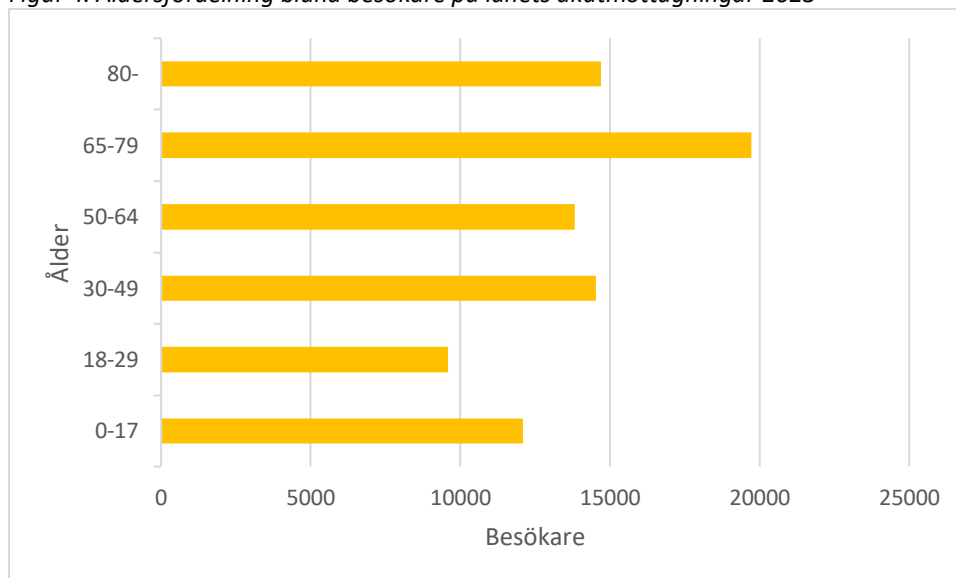
Besöken till akutmottagningarna i länet fördelar sig relativt jämnt över veckans dagar, vilket står i kontrast till hur besöken fördelar sig över veckan hos länets primärvårdsjourer (vilket utvecklas i avsnitt 3.3.1)

Figur 3. Antal besök på länets akutmottagningar per veckodag 2023



Åldern hos besökare på akutmottagningarna fördelar sig enligt nedan, med flest patienter i ålder 65 och uppåt. Medicinakuten i Oskarshamn tar inte emot patienter under 18 år. Härutöver skiljer sig åldersfördelningen inte nämnvärt mellan Kalmar, Västervik och Oskarshamn.

Figur 4. Åldersfördelning bland besökare på länets akutmottagningar 2023



På respektive akutmottagning finns individer som gör fler än 5 besök per år på en eller flera akutmottagningar. I utredningen benämner vi dessa "mångbesökare".¹⁴ Under åren 2022-2023 var det totalt 1010 individer som gjorde mer än 5 besök på en eller flera akutmottagningar i länet. Av

¹⁴ Begreppet mångbesökare är komplext och statistiken visar inte skillnad på exempelvis besök för samma besvär flera gånger eller besök för olika besvär varje gång.

dessas fanns 548 Kalmar, 91 i Oskarshamn och 381 i Västervik. Av de individer som besökte Kalmar var 57 individer mångbesökare både 2022 och 2023. Vidare är det 10 individer som varit mångbesökare på mer än en akutmottagning 2022-2023.

Under 2023 var det bland annat:

- ▶ 237 unika individer som gjorde 6 besök vardera på någon av akutmottagningarna
- ▶ 39 individer gjorde 10 besök vardera
- ▶ 5 individer gjorde 17 besök vardera
- ▶ 1 individ gjorde 53 besök

Utan en närmare analys av besöksmönster vet vi inte vilka sökorsaker som ligger bakom det höga antalet besök per individ, men sannolikt skulle en ansevärd mängd av besöken kunna omhändertas av annan vårdnivå eller insats. En kartläggning av mångbesökarna skulle sannolikt kunna bidra till bättre träffsäkerhet i vården samt undvikande av provtagning och behandling i onödan för dessa individer.

Cheferna för akutmottagningarna ger en samstämmig bild av att cirka 20 procent av besöken på akuten skulle kunna omhändertas i primärvården. Antagandet kräver dels att patientströmmarna direkt till primärvård stärks och uppmuntras på olika sätt, dels att akutmottagningarna har möjlighet att hänvisa patienter till primärvård i de fall det bedöms lämpligt.

I nuläget kan akutmottagningarna inte boka tid för en patient inom primärvården, om bedömning görs att sökorsaken är primärvårdsnivå (i Oskarshamn sker triagering till snabbspåret tack vare samlokalisering). Om sökorsaken bedöms kunna omhändertas i primärvården kan akutmottagningen endast råda patienten att söka denna kontakt själv. Vi tror det vore önskvärt att akutmottagningarna kunde säkerställa att patienten får en kontakt med primärvården. En risk som tas upp är att så länge det är mer sannolikt att patienten får vård samma dag på akuten än i primärvården, kommer denne fortsatt söka sig till akuten i större utsträckning än önskvärt. Detta är ett mönster som regionen själva noterat i en analys över besöken på akutmottagningarna 2021.¹⁵ Sökmönstret förstärks troligtvis av att det i nuläget enligt patientinformationen inte går att besöka hälsocentralen eller primärvårdsjouren oanmäld, utan att det krävs ett bokningsförfarande med återuppringning. Besök bokas om bedömning av sjuksköterska visar ett behov. I flera fall kan patienten dessförinnan varit i kontakt med 1177 rådgivning. Vidare resonemang om tillgängligheten inom primärvården förs i avsnitt 3.3.

Vidare är kommunikationen mellan akutmottagningarna och primärvården utvecklad avseende relevanta patienter. För att underlätta att patienter slussas till rätt vårdnivå (oavsett om utgångspunkten är akutmottagningen eller hälsocentralen) krävs en utarbetad kontaktväg mellan parterna. Att akutmottagningen kan koppla in primärvården när de möter en patient är centralt för att undvika onödig provtagning och väntetid för patienten. Även det omvända förhållandet gäller.

Sammanfattningsvis vill vi lyfta ett antal förslag där hälsocentralerna kan bidra till att minska antalet undvikbara besök på akutmottagningarna:

- ▶ Tillgänglighetsskapande åtgärder
 - Kravet på öppettider skulle kunna ökas från nuvarande 40 timmar i veckan. De tillkommande timmarna kan placeras morgon eller kväll utifrån hälsocentralens erfarenheter av när det föreligger behov.
 - Utveckla metoder för att arbeta med symtomstyrda återbesök för patienter med

¹⁵ Rätt vårdnivå – insikter från patienter på akutmottagningarna. Region Kalmar län, 2022

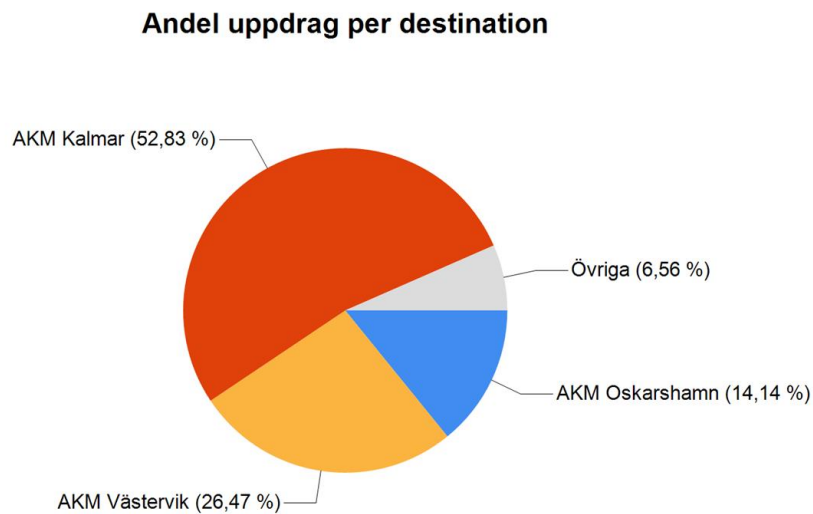
- kroniska besvär eller andra metoder där mer ansvar flyttas över till patienten.
 - Produktionsplanera med utgångspunkt i målsättning till läkarbesök samma dag
 - Utveckla samverkan mellan akutmottagning och aktuell hälsocentral för att kartlägga och omhänderta mångbesökare på ett konsekvent sätt på rätt vårdnivå
 - Förbättra informationen till patienten med beskrivningar och begrepp som är enkla att navigera utifrån. Ett exempel på begriplig information är Region Norrbottens beskrivning av lättakut.¹⁶
- ▶ Möjlighet till digital bedömning av akutläkare på distans

3.2.3 Tidiga bedömningar och insatser möjliggörs i ambulansen

Socialstyrelsen har haft i uppdrag från regeringen att kartlägga den prehospitaledv akutsjukvården samt komma med förslag på hur den kan utvecklas och stärkas. Den samlade bilden är att det finns många utmaningar. Bland annat visar kartläggningen att det finns behov av utökad och tydliggjord samverkan, samordning och samsyn mellan olika aktörer.

Ambulanssjukvården är en central del i omställningen till individbaserad vård. Ambulansen kan i högre grad än tidigare göra en preliminär bedömning och påbörja insatser för att om möjligt undvika att transportera patienten till akutmottagningen och i stället återvända utan patienten alternativt transportera till annan vårdinstans. Nedan ses andel uppdrag per destination för 2023.

¹⁶ Lättakut vid hälsocentraler i Norrbotten - 1177 : <https://www.1177.se/Norrbotten/sa-fungerar-varden/varden-i-norrbotten/lattakut-vid-halsocentraler-i-norrbotten/>

Figur 5. Fördelning av uppdrag per destination för ambulansen 2023¹⁷

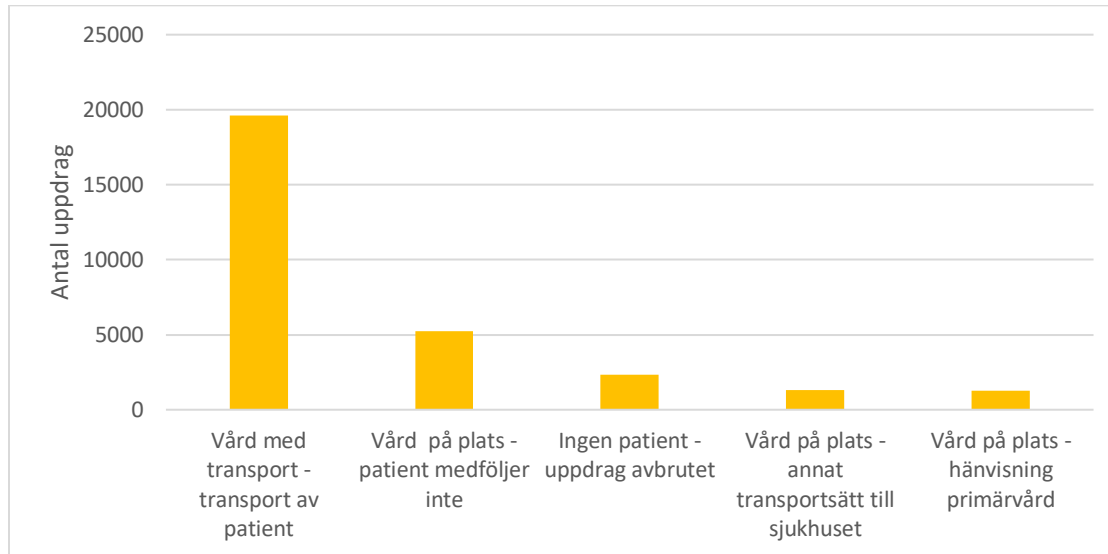
Av statistik för 2023 går att utläsa att flest körningar i länet (oavsett prio-grad) sker till akutmottagningen i Kalmar, därefter Västervik och sedan medicinakuten i Oskarshamn. Härutöver sker körningar till barnakuten, akutmottagningar i angränsande län, förlossningen i Kalmar respektive Västervik, psykiatri samt vissa direktkörningar till mottagning/avdelning. Härutöver noterar vi att vissa körningar görs till länets hälsocentraler. Här sticker Borgholm ut med 100 körningar under året där hälsocentralen är slutdestination, medan övriga hälsocentraler varierar mellan 1 och 18.¹⁸

De mest frekventa sökorsakerna där ambulans tillkallas är bröstsmärtor, andningsbesvär, buksmärta, feber och yrsel.¹⁹ Av alla de uppdrag som ambulansen har är transport av patient den vanligaste, vilket oftast sker med en akutambulans. Den näst vanligaste är vård på plats där patienten inte följer med. Detta inbegriper både fall där patienten kan slutbehandlas på plats utan transport (exempelvis en diabetespatient som fått hjälp med lågt blodsocker) och fall där ambulansen larmats ut utan att medicinsk orsak funnits. Att patienten kan slutbehandlas utan att behöva åka till vårdinstans är ett tecken på den ökade möjligheten som ambulansen utgör i att snabbt kunna tillgodose patientens behov av vård. Däremot ska statistiken tolkas med försiktighet då även larm utan medicinsk orsak återfinns i samma kategori. Nedan ses frekvensen för de fem vanligaste uppdragen under 2023. Tyvärr kan vi inte utläsa av statistiken hur många körningar inom primärvården som skett till jourverksamheten. I nuläget kan ambulansen inte boka tid åt patienten på hälsocentral eller primärvårdsjour, men kan säkerställa att patienten blir uppringd av sin hälsocentral vid överenskommen tidpunkt.

¹⁷ Bilden tillhör ambulanssjukvården i Region Kalmar län.

¹⁸ Här ingår endast de hälsocentraler som finns med i statistiken alls, dvs som har någon körning under året. Statistiken avser endast slutdestination.

¹⁹ Rensat för bedömning som avser överflyttning av patient. Avser 2023 och den huvudbedömning som gjorts.

Figur 6. De fem mest förekommande uppdragen för ambulansverksamheten 2023²⁰

Adekvat bemanning är en central faktor för att klara utryckningar, då det kan förekomma att man transporterar patienten längre sträckor. Vid tidpunkten för utredningen pågår ett arbete med att bemanna upp efter att ha gått över från jourtjänstgöring till delade dygn.

Ambulansen har infört ett bedömningsstöd (rådgivningsstödet webb) som används för bedömning av patienter som inte körs till akutmottagningen. När patienten ska köras till akutmottagningen används samma triageringsstöd som akutmottagningarna använder. Av intervjuer framkommer att det krävs en ökad kompetens och samverkan för att bedömningar ska bli så träffsäkra som möjligt. En viktig del är också att kommunicera med patienten om att ett samtal till ambulansen inte nödvändigtvis ska ha slutdestination akutmottagningen.

Att med stöd av akutmakare över telefon kunna ta beslut i svårbedömda fall nämns som en viktig faktor. Idag är det enkelt att få kontakt med läkare, men det krävs läkare med erfarenhet av både primärvård och akutvård för att kunna fatta beslut i dessa fall. Denna kompetens är sällsynt.

Den största patientgruppen som ambulanssjukvården transporterar är ålder 61 år och uppåt. Varje patient bedöms utifrån inriktning att inte köra till sjukhus, men det krävs större kännedom om patienterna för att arbetsättet fullt ut ska fungera. I de fall det finns samverkan mellan läkare som känner patienten och ambulansen kan mer tillförlitliga bedömningar ske. En annan patientgrupp som ökat tydligt är inom psykisk ohälsa, vilket kräver ökad utbildning och samverkan mellan olika aktörer.

Ambulansen kan idag inte se sjukhusens journaler eller kommunernas vårdplaner, vilket är en stor utmaning. Med tillgång till sammanhållen information om patienten kan sökmönster och orsaker kartläggas och bemötas på ett bättre sätt. En enskild patient kan stå för över 100 ambulansutryckningar under ett år, vilket är ett väsentligt ianspråktagande av resurser. Dessa "mångåkare" skulle sannolikt kunna kartläggas och omhändertas på bättre sätt med ökat informationsutbyte och samverkan.

²⁰ Kommentar till kategorierna: *Vård på plats – patient medföljer inte* innefattar både fall där patienten kunnat slutvårdas på plats och fall där vårdbehov ej funnits. *Vård på plats – hänvisning primärvård* innebär att patienten fått viss behandling och en vidare kontakt till primärvård innan ambulansen lämnat platsen.

Möjligheten till direktinläggningar av patienten vid sjukhusen kräver att ambulansen på ett enkelt och snabbt sätt kan lämna över patienten utan att behöva vänta kvar. Det finns exempel där ambulansen blivit transportör inom sjukhuset, vilket kan sammanfalla med nästa akuta larm.

Då ambulanssjukvårdens uppdrag kontinuerligt breddas, krävs tydlig prioritering om hur resurserna används på bästa sätt.

3.3 Patienterna efterfrågar tillgänglighet i primärvården främst dagtid och helger

Primärvården inbegriper regionens hälsocentraler (26 regiondrivna och 12 privata) samt fem primärvårdsjourer i Kalmar, Västervik, Borgholm, Vimmerby och Nybro. Härutöver är snabbspåret vid medicinakutmottagningen i Oskarshamn att betrakta både som en hälsocentral/lättakut och primärvårdsjour utifrån sina öppettider och sin inriktning. Antalet listade patienter på hälsocentralerna varierar mellan cirka 1200 och 15 500.

Principen för både hälsocentralerna och primärvårdsjourerna är att tiderna ska bokas efter medicinsk bedömning av vårdbehov. Uppdragen inbegriper inte drop-in mottagning. I Borgholm har man inom ramen för hälsocentralens ordinarie verksamhet valt att ha en lättakut²¹ som har öppet 9-11 och 13-15 på vardagar för oanmälda patienter.²²

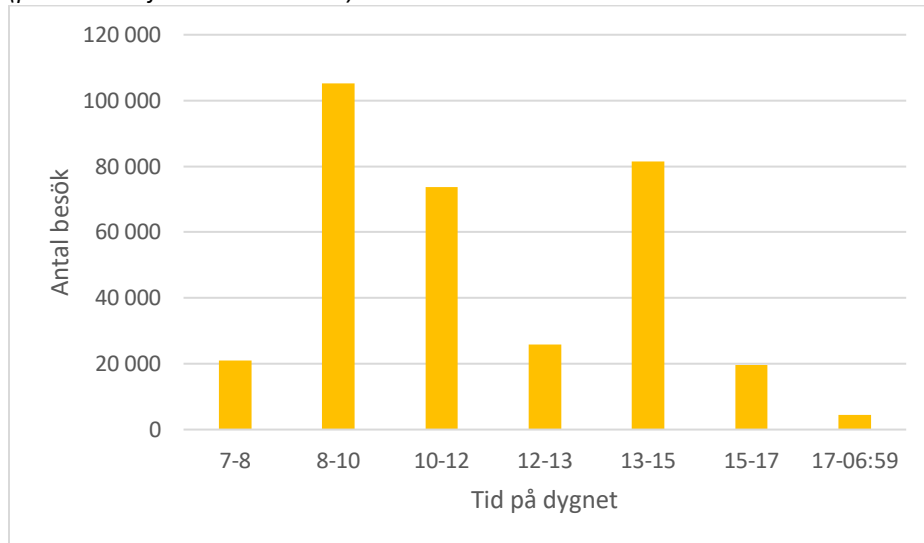
Samtliga primärvårdsjourer har öppet på helgdagar, med viss variation i tider. Primärvårdsjourerna i Kalmar och Västervik (samt snabbspåret i Oskarshamn) är öppna kvällstid vardagar, vanligen mellan kl. 17:00 och 21:30. Under vardagskvällar bemannas jourerna i Kalmar och Västervik av läkare från samtliga hälsocentraler i upptagningsområdet.

Enligt uppdragsbeskrivningen för vårdval 2024 ska hälsocentralerna erbjuda en tillgänglighet om minst 40 timmar/vecka, dagtid under samtliga vardagar. Tiderna specificeras inte närmare. Vidare framgår att hälsocentralen ska vara öppen fram till primärvårdsjurens öppnande. Inför primärvårdsjurens öppnande får jourhavande resurs/läkare i beredskap lämna hälsocentralen med högst 30 minuters inställelsetid. Nedan ses fördelningen av besök under tid på dygnet under vardagar.

²¹ Det finns ingen enhetlig definition av vad en lättakut eller närakut är, men utifrån beskrivningar från olika regioner brukar dess verksamhet inkludera besvär som uppkommit närmare i tid än 14 dagar, exempelvis: akuta besvär rörande ögon, allergi, öron, skada/sårskada, misstänkta frakturer, hjärnskakning, smärta.

²² Borgholm får en markant befolkningsökning under sommarhalvåret.

Figur 7. Antal läkarbesök på länets hälsocentraler efter tid på dygnet 2023 (primärvårdsjourer inkluderade)



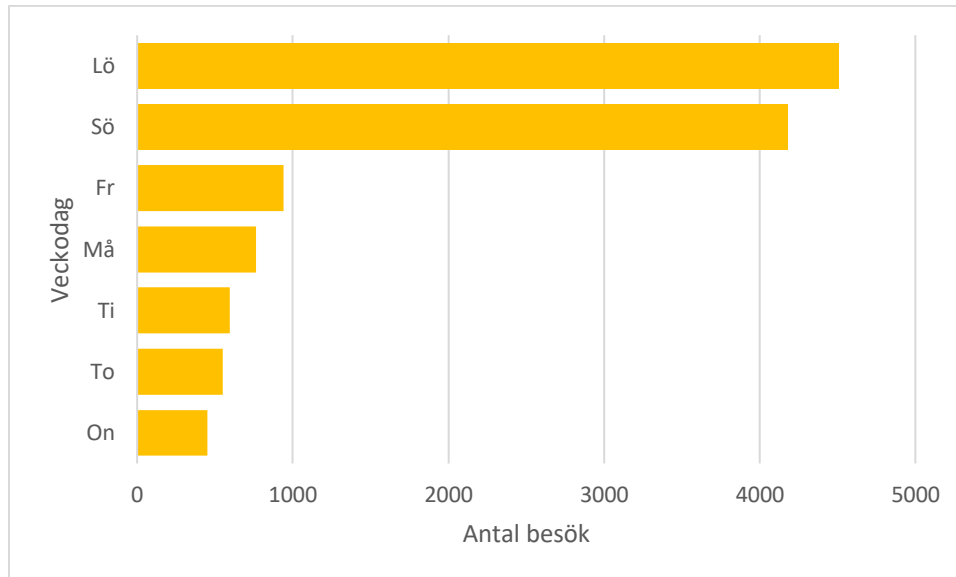
Rörande hälsocentralernas beläggning olika tider på dygnet framgår tydligt att de mest besökta tiderna är förmiddag kl. 8-12 och därefter kl. 13-15. En lägre andel av besöken är bokade kl. 15-17. Av statistiken kan vi inte avgöra anledningen till att besöken är bokade en viss tid, om det beror på hälsocentralens/jourens planering eller om det är knutet till när patienten tog kontakt.

3.3.1 Primärvårdsjourerna nyttjas främst på helger

Totalt sker 72 procent av alla besök till primärvårdsjourerna i länet på helgdagar. I tabellen nedan redovisas fördelningen av besöken till jourerna per veckodag under 2023.²³ Detta kan jämföras med statistik för besök på akutmottagningarna, som uppvisar ett jämnt flöde över veckans dagar. I nedan tabell är inte snabbspåret i Oskarshamn inräknat.

²³ Rensat för helgdagar som inträffar på veckodagar. Dessa besök är fördelade på lör/sön i tabellen.

Figur 8. Antal besök till primärvårdsjour 2023, fördelat på veckodag



Totalt skedde 3300 besök till jour under vardagar 2023. Vid delning med arbetsföra dagar på ett år (cirka 250) blir det cirka 13,2 besök per vardag i länet. Då det är 2 kvällsöppna jourer i statistiken (Kalmar och Västervik) blir det 6,6 besök per jour och vardag. Då kvällsjouren vardag har öppet 17-21.30 blir det i snitt 1,5 besök per öppen timme.

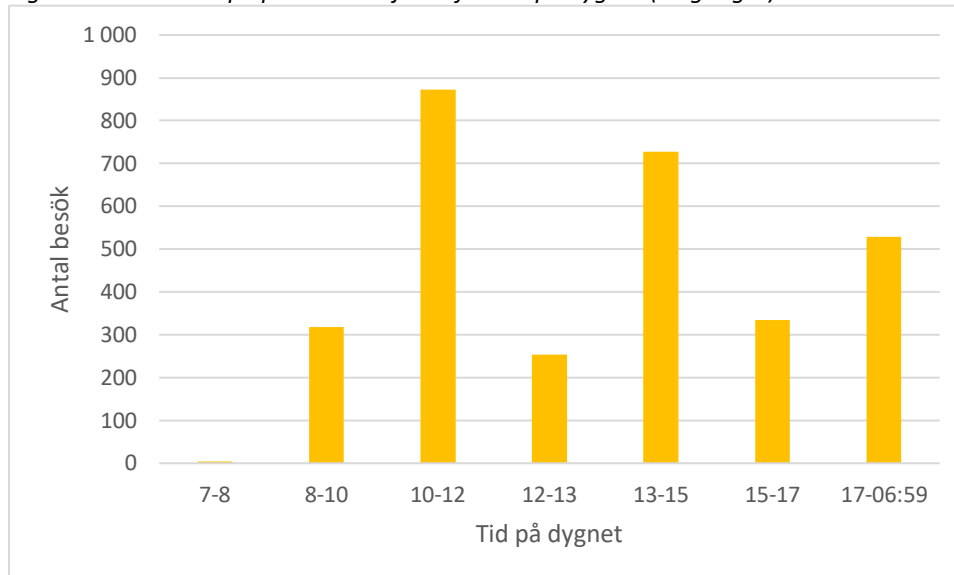
Ansvariga samordnare för Kalmars respektive Västerviks primärvårdsjour uppskattar att så mycket som 50 procent av besöken på kvällar kan vänta till nästa dag. I en observationsstudie genomförd av en ST-läkare på primärvårdsjouren i Kalmar under två utvalda veckor fann man att 38 procent av besöken under perioden var nödvändiga under jourtid, medan resterande 62 procent ur medicinsk synvinkel hade kunnat hanteras under ordinarie hälsocentrals öppettider.²⁴

Nästan samtliga besök till jouren är läkartider. Av intervjuer framgår att väldigt få besök går till sjuksköterska (till exempel enstaka såromläggningar som inte kan vänta under helg). Av intervjuerna framträder en samstämmig bild om att mycket resurser knyts upp under kvällar. Samtliga intervjuade beskriver vidare att flera utav besöken kvällstid bedöms vara "överspill" från hälsocentralens beläggning under dagen, snarare än att de är brådskande. När patienter söker vård under de sista timmarna av hälsocentralens öppettid beskrivs det finnas en risk att de antingen ombeds kontakta jouren om de inte får en tid eller att de självmant väntar till jouren öppnar för att söka vård.

På helgdagar ser vi att primärvårdsjourerna tar emot patientbesök främst kl. 10-12, kl. 13-15 samt kl.17-06:59. I det sista intervallet är de vanligaste tiderna 17-20 och därefter 20-00.

²⁴ Hur stor andel av besöken på primärvårdsjouren är nödvändiga jourfall? ST-arbete 2019

Figur 9. Antal besök på primärvårdsjour efter tid på dygnet (helgdagar) 2023



Vid analys av statistik rörande besöksmönster och geografi har vi inte sett några tydliga trender avseende var patienterna till primärvårdsjouren kommer ifrån, utöver en förväntad spridning över jourens upptagningsområde. Det finns variationer i patienternas mönster för att söka vård, men inte tillräckligt för att dra några tydliga slutsatser. Vid intervjuer framkommer olika bilder från jourerna huruvida man upplever att patienter söker vård på jouren av bekvämlighet (dvs. i stället för att invänta tid på hälsocentralen) eller om man avvaktar vård så långt som det är möjligt (dvs kanske t.o.m. söker till jouren när man borde åkt till akutmottagningen).

Intervjuade ser samstämmigt på att en förbättrad tillgänglighet hos hälsocentralerna dagtid skulle kunna omhänderta de få patienter som söker vård på jourtid kvällar. Om primärvårdsjourerna skulle avvecklas kvällstid frigörs resurser i form av läkare och sjuksköterskor som kan användas på annat sätt för att skapa tillgänglighet på hälsocentralerna dagtid. Att ha jouren öppen på kvällstid, utöver de läkare i beredskap som tjänstgör, är därför en alternativkostnad.

Tanken med god och nära vård är att primärvården ska utgöra den primära kontakten mellan vården och patienten, det vill säga första linjens vård. Då blir det olyckligt om det upplevs svårare att få kontakt med primärvårdsjouren än med akutmottagningen. Om patienten härutöver upplever det vara svårt att få gehör för sin sökorsak, stärks i stället incitamentet att söka akut till den specialiserade vården.

God tillgänglighet i primärvården har även en annan effekt utöver minskade undvikbara besök vid akutmottagningarna. Ett känt fenomen inom området vårdlogistik är att korta väntetider minskar befolkningens konsumtion av vårdbesök. Tryggheten i att veta att man får bedömning eller vård när det behövs är det främsta skälet. En ytterligare effekt är att personalens arbete med att administrera köande patienter och att utforma sofistikerade prioriteringsmodeller minskar. Vårdcentraler med god tillgänglighet behöver inte arbeta med exempelvis att dela in tiderna i akuta, halvakuta och icke-akuta besök. Tanken med Nära och god vård är att primärvården ska vilja möta patienten, inte mota den. Vi påstår inte att primärvården Region Kalmar i sin helhet präglas av en "mota-kultur" men att det finns vissa inslag av en sådan. Därför kan även marginella tillgänglighetsförbättringar få väsentliga effekter på hela systemet.

3.3.2 Erfarenheter från Region Sörmland

Vi har varit i kontakt med Hälsovalsenheten i Region Sörmland med anledning av att regionen valde att avveckla primärvårdsjourerna på vardagar. Regionen hade tidigare fyra primärvårdsjourer öppna på vardagar. För cirka fem år sedan avvecklades dessa eftersom efterfrågan befanns vara liten på vardagskvällar. I förändringsskedet skapades möjligheter för de tre akutmottagningarna i länet att boka tider på en vårdcentral dagen efter besöket på akutmottagningen. Den möjligheten togs bort efter en tid då behovet av bokningsmöjligheten bedömdes vara ringa. Nu hänvisas patienterna till en vårdcentral i de fall deras söksorsak bedöms bättre kunna omhändertas i primärvården.

Parallellt med förändringen ändrades kravet på öppettider i "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland" från 45 timmar till 48 timmar i veckan (I Region Kalmar är kravet på öppettider 40 timmar i veckan). Vårdcentralerna har i de flesta fall valt att förlägga de tre extratimmarna till morgonen då det visat sig att morgontider varit mer efterfrågade än kvällstider. Enligt intervjuad chef för hälsovalsenheten har någon ökad besöksfrekvens till akutmottagningarna inte noterats på grund av förändringen.

3.4 Från begränsad medicinakut med snabbspår till närsjukhus med närakut i Oskarshamn? Konsekvenser och möjligheter

I nuläget läggs stora resurser för jämförelsevis få besök på medicinakutmottagningen i Oskarshamn. Av 50 besök per dygn i snitt bedöms 15 avse medicinakuten och övriga 35 avser snabbspåret. Snabbspåret är att betrakta som primärvård, men som bedrivs av hälso- och sjukvårdsförvaltningen. På våningsplanet över finns dessutom en hälsocentral. De främsta begränsningarna hos medicinakuten i jämförelse med Kalmar och Västervik är följande:

- ▶ Akutmottagningen är endast medicinsk, dvs inga traumapatienter kan tas emot
- ▶ Patienter som bedöms ha behov av intensivvård kan inte tas emot
- ▶ Barn under 18 år kan inte tas emot

Härutöver finns en variation i tillgång till kompetens, vilket skapar en betydande osäkerhet för exempelvis ambulansen.

Vid tidpunkten för utredningen är samtliga intervjuade samstämmiga i att patientsäkerheten för berörda inte skulle riskeras om patienterna som i nuläget körs till Oskarshamn skulle köras till Kalmar, Västervik eller akutmottagning i annat län i stället. Dessa bedömningar görs i stor utsträckning redan idag utifrån bedömning av vårdbehov och avstånd.

En eventuell avveckling/omstöpning av nuvarande medicinakut i Oskarshamn medför dels ett antal konsekvenser för vilka handlingsplaner bör utformas, dels ett antal möjligheter att utveckla verksamheten. De vi har identifierat i utredningen är följande:

- ▶ Påverkan på ambulanstransporter för patienter med prio röd och orange
- ▶ Hur bör eftervården designas för de patienter i Oskarshamnsområdet som besöker akutmottagningarna i Kalmar och Västervik och som behöver läggas in?
- ▶ Hur kan det nuvarande snabbspåret i Oskarshamn utformas i ett närvårdsperspektiv?
- ▶ Konsekvenser för medicinkliniken i Oskarshamn
- ▶ Konsekvenser för akutmottagningarna i Kalmar och Västervik

3.4.1 Ambulanstransporterna förenklas vid en avveckling av medicinakuten

Ambulansens rutt mellan länets akutmottagningar tydliggörs i destinationsstödet, där det framgår vilka sökorsaker som kan tas emot på medicinakuten respektive snabbspåret på Oskarshamns sjukhus. Ett centralt övervägande gäller hur ett patientsäkert alternativ kan säkerställas för de patienter som bedöms röda/orange enligt RETTS och kan tas emot på medicinakuten i Oskarshamn.

Vid närmare analys och intervjuer avseende destinationsstödet framkommer att det finns flera ytterligare avväganden som görs utöver de sökorsaker som listas. Innan transport av patient till Oskarshamn stäms alltid tillgänglig kompetens och vårdplatser av via telefon med medicinakuten. Då möjligheterna till behandling skiljer sig åt mellan sjukhusen kan den sammantagna bedömningen för patienten vara att det är bäst att åka till Kalmar eller Västervik (eller utomlän) trots att sökorsaken inbegrips i destinationsstödet.

Gällande avstånden för de patienter som idag kan transporteras till Oskarshamn är det viktigt att beakta samtliga transporter som kan behövas för fullgod behandling vid exempelvis stroke eller hjärtinfarkt. Även om en initial insats kan göras i Oskarshamn krävs i många fall att patienten transporteras vidare till Kalmar, Västervik eller annat sjukhus för fullgod behandling. Denna tid för vidaretransport behöver också vara en faktor i bedömningen. Idag kan exempelvis hjärtinfarkter utan ST-höjning behandlas i Oskarshamn, men om det förekommer behov av PCI krävs transport till Kalmar. Rörande stroke kan en patient som fått en propp i hjärnan behandlas i Oskarshamn, men om det rör sig om en blödning krävs vård i Kalmar. I flera fall kan dessa bedömningar inte göras till fullo i ambulansen.

Att det förekommer specialriktlinjer för Oskarshamn som behöver stämmas av ytterligare är i sig en risk och en fördröjning för ambulansen. För erfaren ambulanspersonal är det lättare att göra bedömningen, men för nytilkommen kompetens är det svårare. I dagsläget när en väsentlig del av ambulansens personalstyrka är ny blir detta än mer kritiskt.

Sammantaget gör vi bedömningen att patienter transporteras till andra sjukhus än Oskarshamn redan idag i flera fall. Detta sker utifrån en aktuell bedömning av patientens tillstånd, avstånd till olika sjukhus samt tillgång till kompetens på respektive akutmottagning. Vi bedömer därför att förändringen sammantaget skulle kunna bidra till stärkt patientsäkerhet.

3.4.2 Marginell påverkan på akutflödet i Kalmar och Västervik

Det prognosticerade tillkommande flödet av patienter till Västervik bedömer vi vara möjligt att omhänderta vid akutmottagningen i Västervik med rådande arbetssätt och struktur. Andel patienter med vistelsetid under 4 timmar är strax under 80 procent vilket får anses vara acceptabelt.

Vistelsetiden vid akutmottagningen i Kalmar är märkbart längre än i Västervik. Antalet patienter per dag kan variera mellan cirka 80 och 160 patienter. Inte sällan blir det därför trångt i lokalerna vilket medför att det blir svårarbetat för personalen och negativt för patienterna. Utifrån våra intervjuer beror de längre vistelsetiderna på i huvudsak två faktorer. För det första har sjukhuset valt ett arbetssätt där man strävar efter att i så stor utsträckning som möjligt färdigbehandla patienter på akutmottagningen och därigenom undvika onödiga inläggningar. För det andra är antalet besök till akutmottagningen idag betydligt fler än vad mottagningen dimensionerades för då den togs i bruk för drygt tio år sedan.

Den ökning av antalet patienter som kan bli konsekvensen av en förändring av akutflödet i Oskarshamn tror vi kommer att ha en marginell påverkan på akutmottagningen i Kalmar. Utifrån

snittet från 2023 är det 15 patienter om dagen som kommer att omhändertas i Västervik eller Kalmar i stället. Förändringen skulle dessutom kunna underlättas genom att Västervik, åtminstone inledningsvis, tar om hand något fler patienter än Kalmar.

Problemen med trängseln på akutmottagningen i Kalmar är dock ett problem som vi inte bortser ifrån i utredningen. Problemet kräver en åtgärd och lösning oavsett vad som förändras i Oskarshamn. Se vidare avsnitt 5.3.

3.4.3 Riktlinjer för eftervården för patienter med inläggningsbehov behöver tas fram

Utifrån statistiken avseende år 2023 är inflödet till medicinakuten i Oskarshamn cirka 15 personer per dygn. Cirka 50 procent av patienterna läggs in efter akutbesöket, vilket innebär att 6-7 patienter i snitt är behov av inläggning. Om vi antar att dessa patienter fördelas jämnt mellan Kalmar och Västervik innebär det 3-4 patienter per dygn på vardera sjukhus. Detta är ett resonemang som bygger på medelvärden. Planeringen för eftervården bör därför utgå ifrån att det vissa dagar kan vara fler patienter med inläggningsbehov.

Redan idag omhändertas patienter med ortopediska eller kirurgiska sökorsaker vid akutmottagningarna i Kalmar och Västervik så det tillkommande flödet blir patienter med medicinskt vårdbehov. Så här såg beläggningsgrader ut för medicinklinikerna och de geriatriska klinikerna i Kalmar respektive Västervik. Statistiken bygger på den data som rapporteras till SKR.

Tabell 3. Beläggningsgrader för medicinklinikerna och de geriatriska klinikerna i Kalmar respektive Västervik år 2023 (medelvärden)

Avdelningar	Beläggningsgrad 2023 (medelvärden)
Medicinavdelningarna i Kalmar (avd. 14 och 17)	89,5 %
Akutvårdsavdelning Kalmar	67 %
Geriatriskavdelningarna i Kalmar (avd. 30, 32A, 32B)	92 %
Medicinklinikerna i Västervik (avd. 4 och 5)	86,5 %
Hjärtintensivavdelning Kalmar	64 %
Hjärtintensivavdelning Västervik	51 %

Enligt genomförda intervjuer händer det tämligen sällan att det blir överfullt på sjukhusen som helhet i Västervik och Kalmar. Utlokaliseringar sker visserligen regelbundet men i mindre omfattning. Vår bedömning är att det eventuellt tillkommande flödet av patienter med inläggningsbehov inom medicin är möjligt att omhänderta vid båda sjukhusen. I ett medicinskt perspektiv och ett patientperspektiv finns det emellertid anledning att utforma riktlinjer för hur eftervården ska designas för patienter från Oskarshamnsområdet.

Vissa patienter med inläggningsbehov kommer att endast behöva läggas in över natten, vilket sannolikt sker bäst på samma sjukhus som akutbesöket sker. Akutvårdsavdelningen i Kalmar bedömer vi ha kapacitet att omhänderta de extra patienter som kommer från Oskarshamn. Andra kommer att behöva avdelningsvistelse längre tid. Då bör det finnas medicinska riktlinjer för vilka patienter som bör transporteras tillbaka till Oskarshamn för eftervård. Riktlinjerna bör utformas utifrån de kompetenser och medicinska möjligheter som finns eller kommer att finnas vid Oskarshamns sjukhus.

Enligt intervjuer förekommer det även att patienter vid akutmottagningen i Kalmar hänvisats till egenvård eller primärvård, efter att ha hänvisats från akutmottagningen i Oskarshamn till Kalmar.

3.4.4 Oskarshamns sjukhus bör utvecklas i ett Nära vård-perspektiv

I huvudsak är vårt förslag att regionen arbetar utifrån tanken att det parallellt med hälsocentraler finns två sjukhus med fullvärdiga akutmottagningar i Kalmar och Västervik samt ett närsjukhus i Oskarshamn.

Idag är medicinakutmottagningen och snabbspåret (primärvård) samlokaliserade vid Oskarshamns sjukhus. För invånarna i Oskarshamnsområdet presenteras det som internt benämns "snabbspåret" som primärvårdsjouren i Oskarshamn (se 1177). Snabbspåret är dessutom att betrakta som en hälsocentral dagtid. Akutmottagningen presenteras för sig men på samma plats. Mycket av informationen är lika förutom öppettider och att akutmottagningen informerar om "lättakuten". Vidare noterar vi att det går att kontakta akutmottagningen direkt, men inte snabbspåret. Här är patienten hänvisad till 1177.

För en patient som inte besöker vården så ofta är informationen tämligen förvirrande. Ska jag gå till primärvårdsjouren eller lättakuten om jag stukat foten kraftigt? Om man inte lyckas reda ut vad som

är vad misstänker vi att patienten tar sig till det som kallas akutmottagningen. En viktig aspekt för att "knuffa" patienter mot rätt vårdnivå är informationen lotsar till rätt instans, samt att det går att få kontakt inom rimlig tid. Patienten ska inte behöva kunna vårdens interna begrepp för att hitta rätt kontaktväg.

Den förvirring som skapas i patientens sökfase är dessutom helt onödig eftersom primärvårdsjouren är på samma plats som akutmottagningen och sortering sker där beroende på sökorsak. Informationen till befolkningen präglas av ett inifrånperspektiv. Med det menar vi att det är vårdgivarens organisatoriska och verksamhetsmässiga indelning som format informationen, inte en analys av hur patienten uppfattar det.

Det faktum att hälsocentralen/primärvårdsjouren/akutmottagningen ligger på samma plats ser vi som en fördel. Patienten går till ett och samma ställe och hänvisas till rätt instans beroende på sökorsak. Den "sömlösa" principen i Oskarshamn, som tyvärr inte illustreras i patientinformationen, rekommenderar vi även fortsättningsvis. Hälso- och sjukvården sitter enligt vår mening generellt alltför fast i en historisk indelning i öppenvård/slutenvård, primärvård/sjukhusvård o.s.v.

Om medicinakuten avvecklas uppstår frågan vad som kan utvecklas i stället. Ett enkelt svar skulle kunna vara ett närsjukhus. För att se vilka andra möjligheter som skulle kunna finnas vid en förändring har vi studerat några närsjukhuskoncept i Finspång och Tierp. Här har man valt att använda begreppet vårdcentrum istället för närsjukhus. Vi har även hämtat viss inspiration från det lokalt utvecklade primärvårdskonceptet som kallas Hemsjukhuset i Borgholm. Dessa presenteras närmare i bilaga 3.

Det är framför allt två faktorer kopplade till begreppet vårdcentrum som är gemensamt för exemplen Finspång och Tierp. För det första är tanken att samla både kommunal hälso- och sjukvård och regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet till en och samma plats med goda samverkansstrukturer. Den andra tydliga ingrediensen är en utveckling av omhändertagandet av patienter med komplexa hälsoproblem, oftast äldre. Framför allt handlar det om inrättande av förstärkt avancerad vård i hemmet, inte minst för att minska undvikbara besök på akutmottagningarna. Västra Götalandsregionen har i likhet med flera andra regioner just samverkan med kommuner och etablering av s.k. hemsjukvårdsteam varit en viktig del i omställningsarbetet mot god och nära vård.

Båda dessa faktorer ser vi som viktiga beståndsdelar för att utveckla verksamheten vid ett eventuellt närsjukhus i Oskarshamn, inte minst då resurser kan frigöras om den nuvarande medicinakuten ersätts med en typ av primärvårdsdriven närakut. När det gäller närvårdsavdelningar se avsnitt 3.4.5.

När det gäller etablering av en primärvårdsdriven närakut tänker vi oss att den nuvarande lättakuten utvidgas till att omfatta kirurgiska, ortopediska och medicinska sökorsaker inom det allmänmedicinska området. Vi föreslår även att denna närakut bedrivs som drop-in-verksamhet då det är väsentligt att befolkningen får förtroende genom god tillgänglighet. Drop in-principen är enkel för befolkningen samt administrativt enkel att bedriva. För att en drop-in-mottagning ska fungera väl krävs inför starten en noggrann prognos av inflödet av patienter och att inflödet matchas med tillräcklig bemanning. Matchningen kan behöva korrigeras utifrån hur inflödet av patienter utvecklas.

Region Uppsala har i sin definition av ett vårdcentrum angett att det ska finnas röntgenmöjlighet. Det finns redan idag i Oskarshamn.

3.4.5 Utveckling av medicinkliniken

Den nuvarande medicinkliniken i Oskarshamn består av mottagningsverksamhet för ett flertal specialiteter samt två avdelningar. Avdelning 4 har en inriktning mot kardiologi. Av de 16

vårdplatserna är 4 hjärtintensivvårdsplatser. Avdelning 5 är en allmänmedicinsk avdelning med för närvarande 12 vårdplatser. Tillgången till specialistläkare täcker inte alla delar inom det som benämns som internmedicin.

Om den nuvarande akutmottagningen avvecklas kommer det att påverka inflödet till medicinmottagningarna. Vi kan dock inte precisera hur stor utsträckning och det beror delvis på hur strategin utformas. Rädda hjärnan-spåret som idag finns i Oskarshamn skulle kunna finnas kvar, beroende på hur man designar det som idag är medicinkliniken.

Vi ser en möjlighet att ta inspiration från både Finspång och Tierp och överväga att helt eller delvis övergå till en närvårdsverksamhet för avdelningarna. Patienter med vårdbehov som inte kräver akutmottagningen eller diagnos och vård vid akutsjukhusen skulle kunna läggas in av läkare verksamma vid Oskarshamns närsjukhus. Med tanke på den specialistkompetens som idag finns i Oskarshamn skulle denna närsjukvårdsmodell kunna vara något mer utvecklad än vad fallet är i Finspång och Tierp.

Den avdelningsresurs som finns i Oskarshamn skulle kunna designas utifrån ett närsjukvårdstänk. Ett sådant övervägande görs lämpligen i ett helhetsperspektiv. Här bör därför även operationsverksamhetens slutenvårdsbehov vägas in, vilket berörs i nästa avsnitt, samt slutenvårdsbehovet vid en eventuell etablering av specialistrehabilitering i Oskarshamn.

3.4.6 En notering om informationsstrategi

För att hjälpa till att ”knuffa” patienten på vägen till rätt vårdnivå inom det akuta flödet är det centralt att informationen som ges utgår ifrån patientens perspektiv och förståelse. Om jag har en viss sjukdom/skada, vart vänder jag mig? Det ska vara lätt att göra rätt och helst svårare att göra fel.

Inom primärvården har vi stött på begreppen hälsocentral, hälsovalsenshet, snabbspår, primärvårdsjour och lättakut. Dessa begrepp utgår ifrån hur regionens organisation är uppbyggd och i viss utsträckning vilken vård som ges, vilka tider på dygnet, vilken kompetens som finns tillgänglig med mera. Men för patienten borde dessa skillnader inte spela någon roll. Det viktiga är att det går att ta kontakt med rätt vårdnivå och komma vidare.

Vår utredning omfattar inte en vidare analys av hur informationen utifrån patientens perspektiv bör utformas för att på bästa sätt knuffa i rätt riktning mot önskat beteende. Men vi vill skicka med ett antal inspel och frågeställningar för det vidare arbetet, utifrån noteringar vi gjort under utredningens gång.

- Behöver en hälsocentral kallas för primärvårdsjour när den har öppet under helgen? Begreppet jour syftar på om personalen arbetar på ordinarie tid eller på annan, vilket är ointressant för befolkningen.
- Vi uppfattar att befolkningen är väl förtrogen med begreppet vårdcentral. Vi ser att vårdcentral är det vanligaste begreppet i regionerna. Dessutom blandas begreppen hälsocentral och vårdcentral på ett, enligt vår mening, obegripligt sätt i flera regioner. Vi undrar vad värdet är för patienterna med att kalla vårdcentralerna för hälsocentraler?
- Är det viktigt att hälsocentralen har en lättakut, eller helt enkelt en drop-in mottagning?
- Om syftet är att uppmuntra en första kontakt med primärvården, behöver det vara enkelt att ta kontakt. I dagsläget har vi sett exempel på där informationen om akutmottagningen innehåller ett telefonnummer medan informationen om primärvårdsjouren i samma byggnad

saknar ett telefonnummer direkt till mottagningen. Enligt vårt resonemang om nudging, så knuffas patienten här redan i informationskedet i fel riktning.

- I informationen på 1177.se om akutmottagningen (medicinakuten) i Oskarshamn ser vi följande text: "Akutsjukvård ges dygnet runt alla dagar till patienter med medicinska sjukdomstillstånd". För invånarna är skillnaden mellan medicinska, kirurgiska och ortopediska sökorsaker inte självklart. I vardagligt språk används medicinskt som ett bredare begrepp inom hälso- och sjukvården. Vi är inte säkra på att en invånare i regionen som söker förstår att ett skadat knä inte är ett *medicinskt* tillstånd.

4. Elektiv vård

Utredningens andra deluppdrag avser en djupare analys av hur den elektiva vården i länet kan bedrivas och säkerställas i ett längre perspektiv. Följande frågeställningar utgör utgångspunkten.

- ▶ Eventuella för- och nackdelar med att specialisera och samla delar av den elektiva vården vid regionens olika sjukhus
- ▶ Hur nyttjandet av operationsavdelningarna, med beaktande av kompetensnivån kring operationsverksamheten, kan utvecklas
- ▶ Hur regionens screening och operationsflöden kan optimeras. Detta inbegriper radiologi
- ▶ Analys över om eftervårdsavdelningar och öppenvårdsavdelningar kan och bör utvecklas vid regionens sjukhus

Analysen omfattar inte ögonsjukvård.

Övergripande slutsats: Regionen kan öka sin operationskapacitet med 5 procent

Vi föreslår att regionen tar ett regionövergripande grepp för att så optimalt som möjligt utnyttja den operationskapacitet som totalt finns i länet.

Utredningen visar att regionen har en outnyttjad operationskapacitet samtidigt som flera specialiteter brottas med långa väntetider.

Både på kort och lång sikt är det av stor vikt att regionen vidtar åtgärder för att utnyttja den sammantagna operationskapaciteten. **Av regionens totala operationsresurser finns cirka 5 procent outnyttjad kapacitet vid Oskarshamns sjukhus.** I ljuset av påtagliga tillgänglighetsproblem idag och sannolika dito framgent är förändringar i sjukhusens samordning av operationsresurser nödvändig.

All erfarenhet från modern vårdlogistik och verksamhetsutveckling visar att ett fåtal procents förbättring av produktiviteten kan få avsevärda effekter på tillgängligheten. Vi föreslår därför att regionen tar fram en handlingsplan för att bättre använda operationsresurserna i Oskarshamn.

Operationskapaciteten i Oskarshamn består av bemannade operationssalar. I Västervik finns även en outnyttjad kapacitet av fysiska operationssalar men de är för närvarande inte bemannade.

Principen bör vara att planmässigt förlägga vissa elektiva operationstyper i Oskarshamn, d.v.s. inte att använda operationsutrymmet som ventil vid köbildning för sjukhusen i Kalmar och Västervik.

Vi föreslår även att regionen överväger en förändring i ledningsstrukturen där operationsenheten i Oskarshamn bildar ett verksamhetsområde tillsammans med Centraloperation i Kalmar.

4.1 Det finns outnyttjad operationskapacitet i Oskarshamn som kan utnyttjas av Länssjukhuset i Kalmar och Västerviks sjukhus

Operationsenheten vid Oskarshamns sjukhus består av 6 operationssalar varav en för närvarande utnyttjas för endoskopiverksamhet.²⁵ Samtliga fysiska salar kan användas för samtliga av regionens specialiteter. Operationssalarna bemannas av anestesiläkare, anestesisjuksköterskor och operationssköterskor verksamma vid sjukhuset.

Enligt beräkningar utifrån 2023 års beläggning var cirka 200 hela och bemannade salsdagar outnyttjade. Den absoluta majoriteten av dessa salsdagar är att betrakta som outnyttjad planeringsbar kapacitet, det vill säga utrymmet uppstod inte på grund av tillfällig frånvaro av operationspersonal, operatörer²⁶ eller operationsutrustning. Det totala antalet tillgängliga operationssalsdagar var 1194. Den outnyttjade kapaciteten var därmed år 2023 18 procent av de sex operationssalar som finns i Oskarshamn.

Region Kalmars totala operationskapacitet för elektiv verksamhet är:

- ▶ Länssjukhuset i Kalmar: 11 salar (4 salar används för akuta operationer; trauma, kejsarsnitt och för patienter med smitta)
- ▶ Västerviks sjukhus: 6 salar vid Centraloperation samt tre salar vid kvinnoklinikens gynekologiverksamhet. De tre gynekologisalarna är inte fullt bemannade utan kan för närvarande betraktas som huvudsakligen fysiska salar.
- ▶ Oskarshamns sjukhus: 6 salar (en av dessa används för endoskopiverksamhet)

En grov uppskattning av den outnyttjade operationskapaciteten i Oskarshamn i relation till regionens totala operationskapacitet är 1 sal/23 salar = cirka 4,5 procent. Det är en väsentlig resurs som om den används kan påverka tillgängligheten till operationer märkbart.

Utöver kapacitetsutrymmet i Oskarshamn som beskrivs ovan finns en inte försumbar kapacitet i form av luckor i operationsschemat under dagen. Någon exaktare beräkning av hur stor kapacitet dessa outnyttjade tidsluckor sammantaget utgör är inte gjord i utredningen utan bygger på uppgifter från verksamhetschefen för operationsenheten i Oskarshamn. Men vår bedömning är att utrymmet med produktionsplaneringsåtgärder kan och bör frigöras och adderas till de helt outnyttjade och tillgängliga salsdagarna ovan.

Tabell 4 visar de 11 största operationsvolymerna i Oskarshamn år 2023 samt motsvarande volymer i Kalmar respektive Västervik. Statistiken kommer från regionens utdataenhet och bygger på den kategorisering som görs för rapportering till Väntetider i vården (SKR).

²⁵ Endoskopi är ett samlingsnamn för olika titthålsundersökningar.

²⁶ Operatör avser ansvarig opererande läkare.

Tabell 4: De största produktionsvolymerna vid Oskarshamns sjukhus 2023²⁷

Operationstyp	Sjukhus			Andel i Oskarshamn
	Oskarshamn	Kalmar	Västervik	
Knäled (protes)	394	89	103	67 %
Höftled (protes)	369	102	133	61 %
Ljumskräck	339	91	40	72 %
Ändtarmssjukdom	142	59	43	58 %
Hand, nervinklämning (Karpaltunnel)	138	144	71	39 %
Åderbräck i benen	111	2	4	95 %
Gallsten	96	49	51	49 %
Förhudsförträngning	62	24	34	52 %
Navelbräck	59	19	5	71 %
Knäledsartroskopi	52	71	63	28 %
Axel eller skuldra, vid smärta	42	16	17	56 %

Av tabellen framgår att majoriteten av regionens operationer genomförs i Oskarshamn när det gäller knäproteser, höftproteser, ljumskräck, ändtarmssjukdom samt åderbräck i benen.

4.2 Ett flertal specialiteter skulle kunna utnyttja den tillgängliga kapaciteten

Vår bedömning är att det idag inte finns några begränsningar vid Oskarshamns sjukhus för någon specialitet när det gäller elektiva operationer med stora volymer avseende vuxna patienter utan komplicerade systemsjukdomar. Det gäller definitivt för i övrigt friska patienter samt för patienter med lindrig systemsjukdom (ASA 1 och 2)²⁸. Operationer av vissa patienter inom gruppen ASA 3 kan också opereras vilket sker redan idag.

I tabellen på nästa sida visas några av de större operationsvolymerna (2023) där majoriteten genomfördes i Kalmar och Västervik.

²⁷ All produktionsstatistik i rapporten exkluderar operationer som utförs vid privata enheter. Exempelvis har Kvinnosjukvården i Kalmar opererat ett antal framfallsoperationer vid Östersjökliniken.

²⁸ American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status” En översättning har gjorts av Svensk förening för anestesi och intensivvård 2015.

Tabell 5. Operationer som i störst utsträckning utförts i Kalmar eller Västervik 2023

Operationstyp	Sjukhus		
	Oskarshamn	Kalmar	Västervik
Mindre kirurgiska ingrepp övriga	14	61	241
Gynekologi övriga	11	282	288
Öron, näsa och hals övriga*	6	1224	761
Ortopedi övriga*	52	611	261
Näsa, polyper	0	115	63
Halsmandeloperation	0	77	92
Sköldkörteloperation	0	97	57
Livmoder, borttag	0	40	29
Urologi övriga*	190	202	384
Kirurgi övriga*	167	626	366
Prostataförstoring	42	78	69
Hudtumörer, godartade inkl. Basalcellscancer**	32	79	41

* I statistiken finns under grupperna "övriga" en mängd olika ingrepp. En sökning av KVÅ-koder som regionens utdataenhet hjälpt oss med visar att grupperna "övriga" innehåller flera hundra olika ingrepp. De största volymerna KVÅ inom de olika specialiteterna framgår av bilaga 2.

** Sannolikt är antalet väsentligt större. Vi har med stöd av statistiker från regionen försökt att reda ut vad som döljer sig bakom siffrorna men inte lyckats fullt ut. Det verkar som att både Kalmar och Västervik har genomfört betydligt fler, men siffrorna är osäkra. Oavsett vilket är det en operationstyp värd att överväga i detta sammanhang.

Vi går i utredningen inte in i detalj på vilka operationer som lämpar sig bäst att förlägga till Oskarshamn. Ovanstående tabell med produktionsvolymerna kan förslagsvis användas som en första utgångspunkt för att planera hur utrymmet i Oskarshamn lämpligast kan användas.

Operationer av barn under tre år kan inte opereras i Oskarshamn på grund av att specialistkompetens för barn inom anestesi saknas. Riktlinjerna för barnanestesi²⁹ anger att:

"Anestesi av barn < 3 år är komplicerat och tillgänglig litteratur stöder att sådana barn bör sövas av anestesilog med god kompetens och vana att söva barn. Förutom krav på specialkunnande och upprätthållande av barnkompetensen så krävs också att barnanestesiologens övriga ansvarsåtaganden tillåter att adekvat patientsäkerhet kan upprätthållas".

Det finns inga förutsättningar för att utveckla verksamheten för barn under tre år i vid Oskarshamns sjukhus, inte heller något behov enligt vår bedömning.

Idag genomförs inte heller operationer av barn under tio år i Oskarshamn. Enligt vår analys av produktionsdata och tillgänglighetsstatistik nedan är det av intresse att utreda möjligheterna att operera barn mellan tre och tio år med den tillgängliga kapacitet som finns i Oskarshamn. Det finns emellertid för närvarande vissa praktiska hinder för att operera barn i Oskarshamn. Enligt sektionsansvarig vid anestesi tar man inte emot patienter under 10 år. Vissa undantag görs ibland men det förutsätter att patienten väger minst 30 kg. Anledningarna till gränsdragningen vid 10 år/ 30

²⁹ SFBABI riktlinje nr 1 (version 2) samt riktlinje 2 (version 2) antagna av Svensk förening för barnanestesi och barnintensivvård 2012 resp. 2008

kg är huvudsakligen två. Dels krävs speciell narkosutrustning för barn under 30 kg vilket inte finns i Oskarshamn, dels har personalen inte praktisk erfarenhet av att söva barn under tio år.

Vi ser inte att det finns några formella hinder i form av riktlinjer eller anestesilogisk praxis för att söva barn över tre år av personal med allmänkompetens inom anestesi, givet att de organisatoriska förutsättningarna som anges i riktlinjerna kan skapas. Bedömningen avser i första hand patienter inom grupperna ASA 1 och 2.

Däremot är det nödvändigt att anesthesisjuksköterskor och läkare får möjlighet att träna och därmed känna sig trygga med att söva barn över tre år. Den erfarenheten finns idag inte i Oskarshamn, däremot finns det anesthesisjuksköterskor i Kalmar med barnkompetens. Vi föreslår att Oskarshamns sjukhus utreder vilka åtgärder som skulle behöva vidtas för att barnpatienter över tre år ska kunna opereras. Bland annat krävs ett någorlunda jämt flöde av barnpatienter för att barnkompetensen ska kunna upprätthållas. Det krävs också att nödvändig utrustning införskaffas.

En sådan utveckling av operationsenheten skulle bland annat få stor betydelse för specialiteten öron-näsa-hals vars patienter till stor del är barn. År 2023 gjordes inom kategorin "öron, näsa och hals övriga" 1224 operationer i Kalmar och 761 i Västervik. I Oskarshamn gjordes endast 6 sådana operationer.

Det främsta skälet till att köer med väntande patienter skapas med jämna mellanrum för de olika specialiteterna i regionen är brist på operationspersonal. I vissa fall kan det även vara operatörer men övergripande ser vi tillgången till bemannade operationssalar som den viktigaste kapacitetsutvecklingen. Den operationskapacitet som finns tillgänglig i Oskarshamn skulle kunna utnyttjas utifrån två olika alternativ.

Alternativ 1: En flexibel operationsresurs som används för att undvika köbildning

Klinikerna i Västervik och Kalmar utnyttjar den lediga kapaciteten i Oskarshamn som ventil för att undvika för långa köer och väntetider och med större systematik än idag. Så används utrymmet idag med vissa undantag för kirurgi och ortopedi som mer standardmässigt utför vissa operationer i Oskarshamn. Men även dessa specialiteter använder Oskarshamn i stor utsträckning som en flexibel resurs.

Alternativ 2: En viss typ av operationer förläggs standardmässigt till Oskarshamn

Det andra alternativet är egentligen det motsatta. I stället för att utnyttja resurserna som en ventil för att hantera köbildning planeras större volymer av operationer till Oskarshamn. Det gäller då att identifiera vilken typ av operationer som kan passa med avseende på volymer, operationstyp, kompetens och patientsäkerhet.

Vi anser att alternativ 2 är den princip regionen bör utgå ifrån. Till skillnad från alternativ 1, som är en reaktiv princip, är alternativ 2 en proaktiv dito. Strategin bör vara att bygga ett system som kan ge förutsättningar för rimliga väntetider. En tydlig erfarenhet av arbete med utveckling av vårdlogistik inom hälso- och sjukvården är att temporära insatser för att ta hand om periodvisa tillgänglighetsproblem är belastande för personalen och framför allt genererar det sällan några förändringar i arbetssätt som förebygger nya köbildningar. Naturligtvis kan köbildningar uppstå av skäl som vården inte kan påverka men i huvudsak kan och bör man möta tillgänglighetsbehovet med systematiska och produktionsplaneringsmässiga åtgärder. Risken med alternativ 1 är att det inte blir någon större förändring gentemot hur det fungerar idag.

En annan väsentlig aspekt berör vårdlogistiken. Med en planerad fördelning av operationer mellan sjukhusen i länet skapas bättre förutsättningar för att utforma en vårdlogistik som ger en högre produktivitet. Med produktivitet avses här hur många operationer som kan göras på en och samma sal per dag med bibehållen kvalitet. Oskarshamn skulle kunna skapa sig, eller snarare förstärka en profil som ett elektivt sjukhus med stor genomströmning med bibehållen kvalitet och patientsäkerhet. Vi har inte något robust underlag för att uttala oss om huruvida den existerande verksamheten vid operation i Oskarshamn håller en hög produktivitet men vår bedömning utifrån tillgänglig data och utifrån intervjuer är att det finns utvecklingspotential för högre produktivitet.

Alternativ 2 erbjuder även bättre förutsättningar att utforma välfungerande vårdflöden inkluderande mottagningsbesök, operationsplanering, operation, postoperativ åtgärd samt eventuell avdelningsvård.

4.3 Ett antal arrangemang krävs för att förlägga operationer till den lediga kapaciteten i Oskarshamn

Vid ett beslut att säkerställa ett bra kapacitetsutnyttjande av regionens totala operationskapacitet genom att fullt ut utnyttja kapaciteten i Oskarshamn ser vi ett antal åtgärder som behöver vidtagas.

- ▶ Vidta åtgärder för att skapa möjligheter att operera barn ner till tre års ålder.
- ▶ Utforma en handlingsplan för att hantera de frågor som uppstår när operatörer i Västervik och Kalmar i större utsträckning behöver verka i Oskarshamn. Vi kan inte se att dessa frågor är svåra att lösa.
 - Schematekniska förutsättningar som bland annat minimerar resor för operatörer.
 - Kompensatoriska åtgärder som uppstår vid operatörernas hemmakliniker i Västervik och Kalmar när läkare verkar i Oskarshamn.
 - Skapa villkor för operatörer att upprätthålla sin operationskompetens genom att få medverka vid så kallade standardoperationer. Det vill säga; säkerställ att utbildningsbehovet kan tillfredsställas.
- ▶ Analysera vilka operationstyper som lämpar sig bäst att förlägga till Oskarshamns sjukhus. Analysen bör inte i första hand utgå från det aktuella väntetidsläget. Utgångspunkten bör vara ett långsiktigt perspektiv utifrån flera parametrar. En viktig parameter kan vara vårdplatsutrymmet i Oskarshamn. I analysen bör även frågan om operationer i Oskarshamn ska begränsas till enbart polikliniska operationer³⁰ där heldygnsvård ej krävs belysas. En annan viktig utgångspunkt kan vara att personalen i Oskarshamn får möjlighet att upprätthålla kompetensen med tillräckligt patientunderlag.
- ▶ Utgå inte från vårdgarantins gränser vid den övergripande planeringen av operationer i regionen. Det ger från vårdlogistisk synpunkt en skev bild av kösituationer då vårdgarantins 90 dagar till besök och 90 dagar till behandling/åtgärd är för långa ledtider. Därtill kan en ledtid för diagnosåtgärd adderas. Skarpare, det vill säga kortare, väntetidsmål bör vara

³⁰ En poliklinisk operation innebär att patienten normalt får gå hem samma dag som operationen utförs.

vägledande för planeringen för att de administrativa vinsterna ska erhållas för personal och patienter. Vårdgarantin är en försäkring för patienten och bör inte vara styrande för målsättning och produktionsplanering.

- ▶ Ta fram en handlingsplan för att utveckla en god vårdlogistik för all operationsverksamhet i Oskarshamn med syfte att skapa en smidig process för patienten och en hög produktivitet i själva operationsflödet. Kopplat till själva processutvecklingen är produktionsplaneringen viktig både för de opererande klinikerna och för operationsenheterna.
- ▶ Överväg förändringar i ledningsorganisationen. Vi kan se några intressanta fördelar med att exempelvis slå samman operationsverksamheten i Oskarshamn med operationsverksamheten i Kalmar till ett verksamhetsområde med gemensam verksamhetschef. Planeringsmässigt kan en samordnande funktion inrättas för produktionsplanering med god överblick över båda sjukhus samt ett ledningsmässigt ansvar och incitament att utnyttja de resurser som finns i hela regionen. Samordningsfunktionen kan då även ha som uppgift att inhämta produktionsplaner från Västerviks sjukhus. Vi tror inte att en sådan organisering skulle försämra möjligheterna att profilera Oskarshamn till en elektiv operationsenhet med fokus på effektivt flöde och hög produktivitet.

5. Övriga iakttagelser i utredningen

I föreliggande utredning har vi gjort ett antal övriga iakttagelser som har koppling till utredningens huvudsyfte. Vi föreslår ett antal förbättringsåtgärder.

- ▶ Förstärk och modernisera produktionsplaneringen vid operationsenheterna i Kalmar och Västervik
- ▶ Överväg lämpliga åtgärder för att korta vistelsetiderna vid akutmottagningen i Kalmar och genomför förändringarna i samband med eventuell avveckling av medicinakuten i Oskarshamn.
- ▶ Fortsätt ansträngningarna att bemanna de tre operationssalarna belägna vid kvinnokliniken i Västervik.
- ▶ Vidta åtgärder för att säkerställa kvaliteten i vårddata och statistik både utifrån verksamheternas behov för den lokala styrningen och för den övergripande styrningen och uppföljningen. Vi ser inte nödvändigtvis behov av mer data utan snarare säker och adekvat data. Förbättringarna bör göras med hänsyn till den administrativa kostnaden.

5.1 Produktionsplanering vid operationsenheterna i Kalmar och Västervik

Vår bedömning är att det finns både möjligheter och anledningar till att förbättra både produktionsplanering och vårdlogistik vid operationsenheterna vid de tre sjukhusen. Vi vill dock betona att bedömningen inte bygger på någon djupare analys av de nuvarande arbetssätten utan endast vad som framkommit i intervjuerna. Våra förslag bör ses som rekommendationer utifrån våra erfarenheter inom området.

Dels tror vi att sjukhusen i större utsträckning än idag kan arbeta mer strukturerat med planering av produktionen vid operationsenheterna, bland annat vad gäller salsfördelning mellan specialiteterna. Hur stort operationsutrymme som tilldelas respektive specialitet bygger både i Kalmar och Västervik på tradition och historisk fördelning. Visserligen görs justeringar i det korta perspektivet men vi menar att ett mer strukturerat sätt att arbeta med produktionsplaner på lång sikt kan ge betydande effektivitetsvinster. Utifrån årliga produktionsplaner för respektive specialitet kan både operationsenhet och opererande specialitet planera produktionen utifrån behovet. Inspiration kan hämtas från bland annat Östersunds sjukhus och Blekingesjukhuset.

För att det ska fungera behövs ledningsforum där operatörskliniker och operationsenhet för gemensam dialog på lång sikt men även på kort sikt. Som vi berörde i avsnitt 4.3 kan en speciell samordnande funktion för produktionsplanering ge fördelar.

När det gäller själva vårdlogistiken är det en hållbar processutveckling vi avser. Med det menas processer med korta ledtider och hög genomströmning men med hälsosamma arbetsförhållanden för personalen. Hög produktivitet har visat sig inte stå i ett motsatsförhållande till goda arbetsvillkor och arbetsglädje. Dåligt fungerande flöden är mer belastande för personalen. Därför kan det vara av värde att skapa målbilder för exempelvis för hur operationer förläggs under dagen i en sal för att undvika strykningar på eftermiddagen, att operatören är på plats vid start, starttider, bytestider, två team på tre salar m.m.

Detta gäller alla tre sjukhus och speciellt Oskarshamn som har och fortsättnings bör ha fokus på just planeringsbara operationer. Det flöde som idag finns för plastikoperationer bör tillämpas även på andra operationer.

Produktionsplaneringen bör göras i ett länsperspektiv som inbegriper möjligheterna att använda operationsutrymmet i Oskarshamn. Vi tar inte ställning till om regionen bör införa gemensamma väntelistor eftersom det innebär både för- och nackdelar. Däremot ser vi en poäng med att inrätta någon slags samordnande funktion som har överblick över aktuellt operationsbehov och tillgänglig operationskapacitet. Region Skåne har exempelvis en sådan funktion på regionnivå som underlättar beslut i operationsplanering av elektiv vård. Blekingesjukhuset har en samordnare som har överblick över operationsverksamheten i både Karlskrona och Karlshamn. Det finns vissa likheter mellan relationen Oskarshamn/Kalmar och relationen Karlskrona/Karlshamn vad gäller profilen på operationsenheterna.

5.2 Trängsel på akutmottagningen i Kalmar

En iakttagelse som vi gjort i utredningen är att akutmottagningen vid länsjukhuset i Kalmar inte sällan råkar ut för trängsel på mottagningen, både i väntutrymmen och inne på själva mottagningen. Som vi beskrivit i avsnitt 3.4.2 beror trängseln dels på att lokalerna inte är dimensionerade för dagens besöksvolym, dels på långa vistelsetider. En eventuell förbättring av tillgänglighet i primärvården och andra åtgärder för att underlätta för patienter att hitta rätt vårdnivå, kommer troligen inte att lösa problemet med trängsel helt. Som vi ser det återstår, åtminstone i ett kortare tidsperspektiv, att överväga förändringar i vistelsetiderna dels genom att överväga vilka direktflöden som ska finnas till specialistklinikerna dels förändringar i arbetssättet för att avsluta vårdtillfället på akutmottagningen i ett tidigare skede.

5.3 Arbeta för att kunna utnyttja samtliga fysiska operationssalar i Västervik

De tre operationssalar som finns i Västervik i en lokal utanför själva operationscentrum har varit outnyttjade en tid på grund av brist på operationspersonal. Den kapaciteten har nu börjat användas i viss utsträckning och om det skulle kunna utnyttjas fullt ut kan det innebära ett väsentligt tillskott till regionens totala operationskapacitet. Ansträngningarna för att rekrytera operationspersonal är därför angelägna.

5.4 Utredningen ser inga behov av förändringar av screeningverksamheten

Föreliggande utredning hade som uppdrag att även beakta screeningverksamheten i regionen. Det handlar om mammografi, screening av tjocktarmscancer, screening av livmoderhalscancer samt screening av aorta. Vi har genomfört intervjuer med samtliga verksamheter som bedriver screeningverksamhet och ser ingen anledning att föreslå några förändringar. Täckningsgraderna är generellt goda och vi tror att benägenheten att ta sig till sjukhus för att genomföra screening kan minska om någon verksamhet centraliseras till något sjukhus. Aortascreening är i nuläget koncentrerad till Oskarshamn.

5.5 Kvalitetsbrister i statistiken

Under utredningens gång har vi samlat in och analyserat statistik med hjälp av bland annat statistiker inom regionstaben. En central beståndsdel i vårt arbete har handlat om att säkerställa tillförlitlig statistik som underlag till analyser och slutsatser.

I ett antal fall har vi märkt svårigheter att göra en fullgod analys utifrån brister eller osäkerhet i insamlad data. I arbetet har vi gjort följande noteringar, som vi bedömer att regionen har nytta av i framtida utvecklingsarbete:

- ▶ Det förekommer felregistreringar för besök inom primärvården rörande tider och veckodagar, vilket skapar en utmaning i att analysera faktiska besöksmönster hos befolkningen
- ▶ Den statistik som visar medicinsk bedömning för de patienter som söker sig till akutmottagningarna används olika. Exempelvis klassificeras patienter som "primärvårdsnivå" på ett felaktigt sätt. Det skapar svårigheter att följa upp hur stor andel av patienterna på akutmottagningarna som skulle kunna omhändertas på primärvårdsnivå
- ▶ Telefonkontakter och bedömningar som görs över telefon på primärvårdsjourerna registreras inte systematiskt, vilket försvårar en analys av patientflödet in till jourverksamheten
- ▶ Klassificeringar och koder för vissa operationstyper följs inte till fullo, vilket gör det svårt att följa produktionsvolymerna

Anders Hellqvist
EY

Anja Nilsson Roos
EY

Bilaga 1 Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Regiondirektör
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ HR-direktör
- ▶ HR-chef hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- ▶ Ekonomichef hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Länssjukhuset i Kalmar

- ▶ Chef Länssjukhuset i Kalmar
- ▶ Chef akutmottagningen Kalmar
- ▶ Verksamhetschef anestesi/intensivvård-kliniken
- ▶ Verksamhetschef kirurgiska kliniken
- ▶ Verksamhetschef ortopediska kliniken
- ▶ Verksamhetschef radiologiska kliniken
- ▶ Verksamhetschef medicinkliniken
- ▶ Verksamhetschef öron-näsa-halskliniken
- ▶ Verksamhetschef kvinnokliniken
- ▶ Verksamhetschef ambulanssjukvården
- ▶ Verksamhetschef 1177 rådgivning

Västerviks sjukhus

- ▶ Chef Västerviks sjukhus
- ▶ Chef akutmottagningen Västervik
- ▶ Verksamhetschef centraloperation
- ▶ Verksamhetschef kirurgiska kliniken
- ▶ Verksamhetschef ortopediska kliniken
- ▶ Verksamhetschef radiologiska kliniken
- ▶ Verksamhetschef medicinkliniken
- ▶ Verksamhetschef öron-näsa-halskliniken
- ▶ Verksamhetschef kvinnokliniken

Oskarshamns sjukhus

- ▶ Chef Oskarshamns sjukhus
- ▶ Chef akutmottagningen Oskarshamn
- ▶ Verksamhetschef operationsenheten
- ▶ Verksamhetschef kirurgiska kliniken
- ▶ Verksamhetschef radiologiska kliniken
- ▶ Verksamhetschef ortopediska kliniken
- ▶ Verksamhetschef medicinkliniken
- ▶ Sektionsansvarig anestesi vid operationsenheten

Primärvård

- ▶ Primärvårdsdirektör
- ▶ Kontaktperson, gruppen Nära vård
- ▶ Kontaktperson, utvecklingsgrupper

- ▶ Verksamhetschef Berga Hälsocentral och samordnare primärvårdsjouren Kalmar
- ▶ Verksamhetschef Esplanaden Hälsocentral och samordnare primärvårdsjouren Västervik
- ▶ Verksamhetschef Borgholms Hälsocentral och samordnare primärvårdsjouren Borgholm
- ▶ Verksamhetschef Vimmerby Hälsocentral och samordnare primärvårdsjouren Vimmerby
- ▶ Verksamhetschef Nybro Hälsocentral och samordnare primärvårdsjouren Nybro

Härutöver har vi haft löpande avstämningar med följande funktioner:

- ▶ Ekonomichef primärvårdsförvaltningen
- ▶ Statistiker regionstab ekonomi
- ▶ Utredare regionstab

Fackliga representanter för:

- ▶ SRAT
- ▶ Vårdförbundet
- ▶ Kommunal
- ▶ Läkarföreningen

Dokumentation

- ▶ Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag (Socialstyrelsen, 2023)
- ▶ Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård – med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018, Socialstyrelsen
- ▶ En akut bild av Sverige. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018
- ▶ Hälso- och sjukvårdsförvaltningen – fakta och organisation 2023
- ▶ Regionplan 2024-2026, Region Kalmar län
- ▶ Verksamhetsberättelser 2023
- ▶ Hur stor andel av besöken på primärvårdsjouren är nödvändiga jourfall? ST-arbete 2019, Region Kalmar län
- ▶ Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2022, Socialstyrelsen 2023-09-20, art.nr: 2023-9-8704
- ▶ Rätt vårdnivå – insikter från patienter på akutmottagningarna. Region Kalmar län, 2022
- ▶ SFBABI riktlinje nr 1 (version 2) samt riktlinje 2 (version 2) antagna av Svensk förening för barnanestesi och barnintensivvård 2012 resp. 2008
- ▶ Presentationsmaterial från intervjuade verksamheter
- ▶ Statistik från Region Kalmar län:
 - Besök akutmottagningar (åldersfördelning, hemvist, listning, veckodagar, väntetider, kontaktorsaker)
 - Besök hälsocentraler och primärvårdsjourer (veckodagar, tider)
 - Operationsvolym, Kalmar och Västervik
 - Resursutnyttjande operation Västervik och Kalmar
 - Väntetider, Kalmar och Västervik

Bilaga 2 Ingående åtgärder inom operationsstatistikens kategorier "övriga".

Nedanstående tabell visar de största åtgärderna (>20) inom ortopedi, kirurgi och gynekologi under kategorin "övriga". Statistik från 2023.

Specialitet	Åtgärd (KVÅ)	Antal 2023
Ortopedi	NCJ69	60
	NHT99	31
	NDR19	23
	NBL49	22
	NDJ49	20
Kirurgi	HAB 40 VXA20	100
	HAB40	58
	KBV15	47
	HAB00	43
	JFB3	39
	VXA 20 HAC 20	26
	JFB 47	25
	TPX 10	135
Urologi	KCD 02	140
	KFD 46	61
	KCE 02	34
	KDV 12	23
Gynekologi	LDC 03	113
	LCB 25	65
	LGA 11	39
	LCA 13	22
Öron, näsa och hals	LAF 11	20
	GAO 04	36
	VCK 55	23

Merparten av dessa operationer görs Kalmar alternativt Västervik. En mindre andel i Oskarshamn.

Bilaga 3 Exempel på koncept med närsjukhus

För att ge ett underlag för regionens strategiska arbete med att utveckla verksamheten i Oskarshamn ger vi nedan kortfattade beskrivningar av några exempel på närsjukhus från andra delar av landet.

Vårdcentrum Finspång

En ny byggnad togs i bruk under pandemin i vilken ett antal verksamheter har samlats, både kommunala och regionala verksamheter. Utgångspunkten för byggnationen och organiseringen av verksamheter har varit principer inom Nära vård som beskrivs på SKR:s hemsida. De ingående verksamheterna är:

- ▶ Vårdcentral/jourcentral med laboratorium
- ▶ Kvinnohälsa
- ▶ Psykiatrienhet
- ▶ LAH, närvårdsklinik (inriktning mot palliativ vård) med slutenvårdsrehabilitering 16 platser
- ▶ Rehabilitering
- ▶ Logopedmottagning
- ▶ Barn – och ungdomsmottagning

Närvårdsavdelningen och Finspångs kommuns korttidsavdelning ligger på samma våningsplan i det nybyggda vårdcentrumet. Många patienter flyttar till korttidsavdelningen innan de åker hem. Samarbetet mellan kommun och region underlättas av att verksamheterna finns vägg i vägg på Vårdcentrum Finspång. Verksamheterna kan enklare dela kunskaper med varandra och övergången blir smidigare för patienterna när de inte behöver komma till en ny miljö.

Till närvårdskliniken hör även LAH (lasarettensluten hemsjukvård) och nattorganisationen som också är en viktig del i den nära vården. LAH-patienter kan vid behov läggas in på närvårdsavdelningen. Regionen och kommunen samverkar sedan länge kring nattorganisationen och regionens medarbetare ansvarar för hemsjukvården och kommunala särskilda boenden på natten.

Närvårdsklinikens inskrivningskriterier och upplägg liknar i stort det som gäller i Tierp nedan vilket innebär avdelningsvård för patienter som inte är i behov av sjukhusets resurser.

Vårdcentrum Tierp

Region Uppsala har arbetat några år med att utveckla så kallade vårdcentrum och de första som etablerades var Sammariterhemmets vårdcentral i Uppsala samt vårdcentrum i Tierp. Regionen utgår från att fyra komponenter ska finnas på plats för att definiera ett Vårdcentrum.

- ▶ Vårdcentral
- ▶ Röntgen
- ▶ Närvårdsavdelning
- ▶ Jourverksamhet

Vårdcentrum i Tierp är en plats där flera verksamheter från kommunen och regionen finns i samma område. Bland annat finns här, utöver en vårdcentral med bland annat en geriatrikmottagning, samt en närsjukvårdsavdelning. Närvårdsavdelningen har 17 vårdplatser och tar emot patienter som behöver ineliggande vård under en begränsad tid och inte behöver sjukhusets resurser i form av avancerad diagnostik eller behandling. Kontakt kan tas direkt med avdelningens läkare dagtid eller med vårdcentrumets jourverksamhet dygnet runt. Jourverksamheten bemannas med läkare, sjuksköterska och undersköterska. Enligt biträdande förvaltningsdirektör är behovet av kontakt litet mellan kl. 22-07. Avancerad sjukvård i hemmet (ASH) finns också att erbjuda. Den personalen utgår från Uppsala och har norduppland som ansvarsområde.

Avdelningen startade med nuvarande dygnet runt-jour i januari 2023 och är inte avsedd att vara en eftervårdsavdelning och ska inte heller fungera som ett korttidsboende. Syftet är att omhänderta patienter med behov av heldygnsvård på primärvårdsnivå.

Hemsjukhuset Borgholm

Tankarna inom Nära vård finns också tydligt i Borgholm där man arbetar efter den så kallade Borgholmsmodellen där tät samverkan sker mellan hälsocentral, ambulans och hemsjukvård. De för denna utredning mest intressanta aspekterna av Borgholmsmodellen är:

- ▶ Allmänläkare använder Tele Q för triagering
- ▶ Invånarna har direktnummer till namngivna läkare
- ▶ Lättakut med drop-in-mottagning. Öppettider är 9-11 samt 13-15.
- ▶ Palliativ verksamhet där läkarna får handledning av geriatriska kliniken palliativa sektion
- ▶ Telemedicinsk konsult finns tillgänglig

Borgholmsmodellen innehåller dock inte någon röntgen eller närsjukvårdsavdelning liknande det som finns i Tierp och Finspång.