



Redovisning av färdplansuppdraget ”Det akuta kirurgiska patientflödet”

**Redovisning av färdplansuppdraget
”Det akuta kirurgiska patientflödet”**

Sammanfattning

I utvecklingsplanen för den hälso- och sjukvård som Region Örebro län driver i egen regi framgår att det akuta kirurgiska patientflödet ska omhändertas på två sjukhus i länet istället för på tre sjukhus som det är idag. Syftet med förändringen är att använda regionens resurser mer effektivt och på ett sätt som är mer uthålligt över tid, framför allt när det gäller tillgången på läkare.

Lindesbergs lasarett är det sjukhus i länet som har minst antal akuta kirurgiska patienter. I genomsnitt är det där 17 akuta patienter som klassas som kirurgiska eller ortopediska på dagtid (kl 07-21), och på natten (kl 21-07) är det i genomsnitt ungefär tre.

Representanter från de verksamheter som berörs när det akuta kirurgiska patientflödet slutar att omhändertas i Lindesberg, har analyserat och diskuterat vilka konsekvenser förändringen skulle kunna få. Under förstudien har dessutom verksamhetsrepresentanter från åtta andra regioner intervjuats om akutmottagningar på mindre sjukhus där det inte finns någon kirurg på plats.

Förstudien visar sammanfattningsvis att förutsättningarna för att inte ta emot akuta kirurgiska patienter i Lindesberg i stor utsträckning är oförändrade jämfört med när en sådan förändring genomfördes nattetid 2020. Den enda ändrade förutsättningen av vikt som förstudien visat är en pågående förändring av läkarutbildningen.

Förstudiens rekommendation är att göra förändringen av det akuta kirurgiska patientflödet i tre steg. På detta sätt kan de risker som verksamheterna identifierat under förstudien minskas eller helt förhindras.

- Steg 1 innebär förberedande åtgärder, bland annat för att säkra tillgången på medicinläkare, och ett triageringsstöd för sjuksköterskor
- Steg 2 innebär ett förändrat uppdrag för akutmottagningen som begränsar det akuta kirurgiska uppdraget i både tid och omfattning
- Steg 3 innebär ett förändrat ansvar för läkarbemanningen som gör att primärvården tar ett större ansvar för det akuta omhändertagandet än idag

Innehåll

| | | |
|-------|---|----|
| 1. | Inledning..... | 6 |
| 1.1 | Utvecklingsplan för hälso- och sjukvården..... | 6 |
| 1.1.1 | Om utvecklingsplanen..... | 6 |
| 1.1.2 | Om det akuta kirurgiska patientflödet | 6 |
| 1.2 | Förstudiens uppdrag | 6 |
| 1.3 | Bakgrunden till förändringen | 7 |
| 1.4 | Syfte och mål med förändringen | 8 |
| 1.5 | Förstudiens disposition | 9 |
| 2. | Vad är det akuta kirurgiska patientflödet? | 10 |
| 2.1 | Avgränsning av patientflödet..... | 10 |
| 2.2 | Kompetenskrav för patientflödet | 11 |
| 2.3 | Processbild över patientflödet..... | 11 |
| 3. | Nuläge | 12 |
| 3.1 | Utbudspunkter och uppdrag..... | 12 |
| 3.2 | Antal läkare och antalet patienter | 12 |
| 3.3 | Förändringar vid Lindesbergs lasarett | 13 |
| 3.3.1 | Analys av avvikelser 2020-2021 | 15 |
| 4. | Framtidsprognoser | 16 |
| 4.1 | Befolkningsutveckling | 16 |
| 4.2 | Kompetensförsörjning | 16 |
| 5. | Omvärldsbevakning | 18 |
| 6. | Arbetet med förstudien | 19 |
| 6.1 | Konsekvenser på utbildning och forskning | 20 |
| 6.1.1 | Utbildning..... | 20 |
| 6.1.2 | Forskning | 20 |
| 7. | Förstudiens rekommendation..... | 21 |
| 7.1 | Steg 1 – förberedande åtgärder..... | 21 |
| 7.2 | Steg 2 – förändrat uppdrag..... | 23 |
| 7.3 | Steg 3 – förändrat ansvar för läkarbemanningen..... | 23 |

Bilagor:

1. Uppföljning av förändrade jourlinjer på Lindesbergs lasarett
(Rapport 2021-05-28, godkänd av Hälso- och sjukvårdsnämnden
2021-06-10)
2. Sammanfattning av möjliga konsekvenser av förändringen

1. Inledning

1.1 Utvecklingsplan för hälso- och sjukvården

1.1.1 Om utvecklingsplanen

Hösten 2023 tog hälso- och sjukvårdsförvaltningen fram en utvecklingsplan för den hälso- och sjukvård som Region Örebro län driver i egen regi. I utvecklingsplanen framgår bland annat att målet för hälso- och sjukvården är att alla som bor i länet ska ha en god hälsa, och få vård på lika villkor. Den som har det största behovet ska få vård först. Dessa utgångspunkter för utvecklingsplanen är hämtade från hälso- och sjukvårdslagen.

I utvecklingsplanen anges en målbild som beskriver hur förvaltningen under den närmaste tioårsperioden ska genomföra en tydligare prioritering av vårdens resurser. För att nå målbilden krävs ändrade strukturer. Hälso- och sjukvården behöver flytta vård dit den gör mest nytta. Vård som patienten behöver ofta ska finnas närmare än den specialiserade vården som patienten kan behöva resa längre till.

Det framgår också att dagens ambitionsnivå med ett stort antal läkare i jour och beredskap är mycket personalkrävande och därmed kostnadsdrivande. Genom att samordna läkarbemanningen bättre i ett länsperspektiv kan antalet läkare i jour och beredskap minska.

1.1.2 Om det akuta kirurgiska patientflödet

Av målbilden i utvecklingsplanen framgår att den akuta vården i största möjliga utsträckning ska separeras från den planerade vården. Detta ska göras för att maximera produktiviteten. Enligt målbilden ska vårdcentralerna i stor utsträckning hjälpa patienter med akuta problem.

När det gäller det akuta kirurgiska patientflödet står det i utvecklingsplanen att det ska flyttas från Lindesberg till Karlskoga lasarett och Universitetssjukhuset i Örebro. Det innebär att det akuta kirurgiska patientflödet ska omhändertas på två akut-mottagningar istället för på de tre akutmottagningar som gör det idag. Förändringen ska göras för att den planerade operationsverksamheten inom ortopedi och kirurgi ska öka. Det gör att operationsproduktionen kommer att bli större samtidigt som produktiviteten, kvaliteten och tillgängligheten förbättras.

1.2 Förstudiens uppdrag

I oktober 2023 gav hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag till hälso- och sjukvårdsförvaltningen att med utvecklingsplanen som utgångspunkt ta fram detaljerade färdplaner, och återkomma till nämnden för beslut. Av verksamhetsplanen för 2024

framgår att en av de planer som ska tas fram är ett förslag för hur det akuta kirurgiska patientflödet skall omhändertas inom länet. För att ta fram förslaget beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören i december 2023 om följande uppdrag:

”Genomlysning av hur det akuta kirurgiska patientflödet i regionen ska kunna omhändertas med endast akutmottagningar för kirurgiska patienter på Karlskoga lasarett respektive USÖ. Färdplansuppdraget skall redovisa ett förslag på hur det akuta kirurgiska patientflödet ska hanteras för både patienter med behov av poliklinisk och inneliggande vård.” *”Förslaget ska ta hänsyn till och beskriva patientsäkerhet, utbildning för yngre läkare, ökad attraktionskraft för rekrytering och bättre balans mellan schemaläggning och kompetensutveckling för framtiden.”*

Uppdraget avgränsades till att endast gälla den kirurgiska delen av det akuta patientflödet, det vill säga inte det internmedicinska patientflödet. En förutsättning för uppdraget är att förslaget inte får förändra redan beslutade avgränsningar som berör det akuta kirurgiska patientflödet, så som till exempel traumapatienter.

I denna rapport redovisas, i enlighet med uppdraget, ett förslag till en plan för hur det akuta kirurgiska patientflödet skall omhändertas inom länet på två akutmottagningar istället för på tre.

1.3 Bakgrunden till förändringen

I uppdragsbeskrivningen från hälso- och sjukvårdsdirektören framgår följande bakgrund:

”Det akuta kirurgiska patientflödet omhändertages idag på alla tre sjukhus i länet. Det finns avgränsningar gällande kompetens och åtgärdsbegränsningar så som till exempel trauma, thorax, kärl och neurokirurgi. Det finns begränsningar i vilken typ av patienter som skall söka på de olika akutmottagningarna och även begränsningar i kompetensen som bemannar dessa akutmottagningar.

Bemanningen för primärjourerna¹ på alla tre sjukhusen är en utmaning schemamässigt och ökar behovet av antalet underläkare² inom VO kirurgi och VO ortopedi. Antalet anställda underläkare för att bemanna primärjourerna överstiger antalet underläkare som i framtiden behövs för att klara kompetensförsörjningen inom respektive verksamhetsområde.”

¹ Primärjourerna är de läkare som finns på sjukhuset och tjänstgör på en akutmottagning.

² Underläkare kan vara olegitimerade läkare (läkarstudenter som fullgjort termin nio på läkarprogrammet men inte hela utbildningen än), läkare under allmäntjänstgöring (AT-läkare), utländska läkare som ännu ej fått svensk legitimation eller legitimerade läkare under utbildning till specialistläkare (ST-läkare).

1.4 Syfte och mål med förändringen

Under arbetet med förstudien har syftet med förändringen ytterligare förtydligats. Sammanfattningsvis är syftet att använda regionens resurser mer effektivt och på ett sätt som är mer hållbart över tid, framför allt när det gäller tillgången på läkare.

Ledorden är uthållighet i tid och kontinuitet i kompetens och kvalitet. Idag har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen en stor utmaning i att rekrytera erfarenhet, men även antal personer för att täcka alla våra jourlinjer. Antalet läkare som behövs för att fylla våra schemarader överstiger behovet av kompetens för att säkra återväxten inom de kirurgiska specialiteterna.

Risken med att inte tänka framåt och tänka förändring är att vi kommer hamna i en allt större utmaning med kontinuiteten och ett ökat behov av hyrlösningar. Framåt måste vi kunna ta hand om majoriteten av patienter med lättare men ändå akuta åkommor inom primärvårdsuppdraget. Regionen kommer att satsa på en utökad uppbyggnad av primärvården, eftersom tillgängligheten bör vara så lokal som möjligt och hantera flertalet av de icke helt akuta åkommor som medborgarna har behov av att få hjälp med.

Att kunna separera akuta och planerade flöden på de mindre sjukhusen ger en möjlighet att ytterligare specialisera sig på utredningar och behandlingar som gynnar medborgarna både i form av tillgänglighet och kvalitet. I starten av förändringen minskar den inte Hälso- och sjukvårdsförvaltningens kostnader, men på sikt kommer den att ge tillbaka bättre ekonomi genom ökad tillgänglighet, kvalitet och återväxt.

Under arbetet med förstudien har fyra effektmål identifierats:

- **Förbättrad generell tillgänglighet**
Genom att mindre läkarresurs arbetar kvällar, nätter och helger när det är få patienter, så kan mer läkarresurser läggas på tider med fler akuta patienter. Detta förbättrar tillgängligheten för patienterna.
- **Förbättrad arbetsmiljö**
Genom att personal, främst läkare, i mindre utsträckning arbetar kvällar, nätter och helger förbättras deras arbetsmiljö. Förbättra arbetsmiljön för övriga yrkesgrupper på sikt.
- **Förbättrade utbildningsmöjligheter**
För närvarande arbetar de läkare som är under utbildning inom kirurgisk specialitet³ i stor utsträckning nattetid och med en hög grad av ensamarbete. En koncentration av kirurgiskt patientflöde i länet skapar

³ Läkare under utbildning inom kirurgisk specialitet kan antingen vara i allmäntjänstgöring (AT), bastjänstgöring (BT) eller specialisttjänstgöring (ST). Begreppen förklaras ytterligare i avsnitt 4.2.

potentiellt mer utrymme för handledd utbildning.

- **Ökad produktion av operationer**

Genom att mindre personal behöver ha beredskap jourtid för att utföra akuta operationer i Lindesberg, så ökar kapaciteten genom att mer personal kan användas till att genomföra planerade operationer.

1.5 Förstudiens disposition

Kapitel 2 innehåller en introduktion av vad det akuta patientflödet är, med särskild inriktning på kirurgiska patienter.

Kapitel 3 beskriver nuläget för hur det akuta kirurgiska patientflödet omhändertas i Region Örebro län, med tyngdpunkt på hur patientflödet omhändertas vid Lindesbergs lasarett.

Kapitel 4 beskriver väntade förändringar när det gäller befolkning och kompetensförsörjning.

Kapitel 5 redovisar fakta och erfarenheter från andra regioner kring omhändertagandet av det akuta kirurgiska patientflödet.

Kapitel 6 redovisar hur arbetsgruppen har arbetat.

Kapitel 7 sammanfattar de negativa konsekvenser som identifierats med hjälp av arbetsgruppen.

Kapitel 8 redovisar vilka förändringar som förstudien föreslår för att kunna genomföra uppdragets förändring, och hur det fortsatta arbetet skulle kunna organiseras.

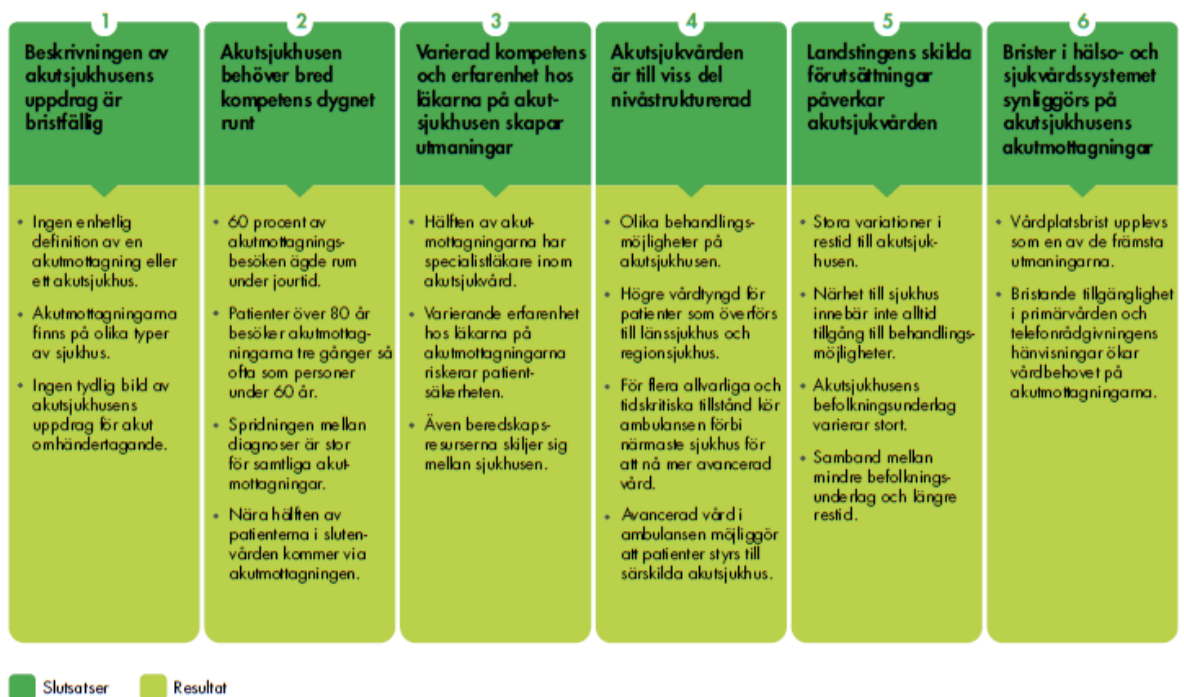
2. Vad är det akuta kirurgiska patientflödet?

2.1 Avgränsning av patientflödet

För att definiera vilket patientflöde som förstudien avser behöver två avgränsningar göras: dels mot det planerade patientflödet, dels mot det internmedicinska⁴ patientflödet.

När det gäller avgränsningen mellan akuta patienter och planerade patienter gör förstudien uppdelningen att akuta patienter är de som själva spontant söker sig till hälso- och sjukvård, medan de planerade patienterna är de som kallas till hälso- och sjukvård. Det innebär att akuta patienter inte nödvändigtvis har problem som efter en medicinsk bedömning behöver omhändertas akut.

För ytterligare bakgrund kring det akuta patientflödet hänvisas till den kartläggning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys redovisade 2018. En sammanfattning ur kartläggningen redovisas nedan⁵:



Figur 1. Slutsatser baserat på kartläggningens huvudsakliga resultat.

Nästa steg blir att avgränsa det kirurgiska patientflödet från det internmedicinska patientflödet. Här gör förstudien uppdelningen att det akuta kirurgiska patientflödet är

⁴ Internmedicin är en medicinsk specialitet med ett fokus på systemsjukdomar och sjukdomar i kroppens inre organ. Sjukdomarna behandlas i regel med läkemedel.

⁵ Från Vårdanalys rapport "En akut bild av Sverige – Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning" (2018:13), sidan 10.

patienter som behandlas av kirurgiskt specialistutbildade läkare, i första hand kirurger och ortopedier. Det internmedicinska patientflödet är patienter som behandlas av internmedicinskt specialistutbildade läkare.

Här bör det påpekas att patienten inte alltid vet om den är en kirurgisk eller en internmedicinsk patient. Det är heller inte alltid uppenbart för den vårdutbildade personal som först träffar patienten. Det kan krävas en viss undersökning för att kunna klarlägga om vilken typ av åkomma som patienten behöver behandling för.

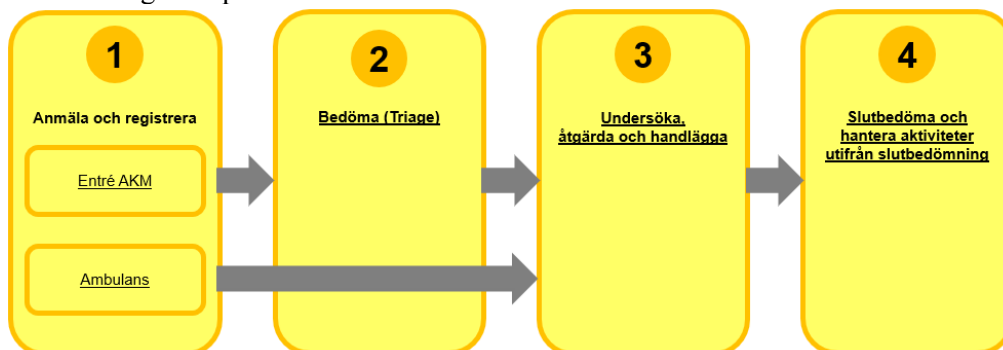
2.2 Kompetenskrav för patientflödet

Socialstyrelsen har utfärdat allmänna föreskrifter om vilka som får utöva läkaryrket.⁶ Utöver dessa finns inga ytterligare formella krav på specifik kompetens som en läkare ska ha för att ansvara för det akuta patientflödet på en akutmottagning. Socialstyrelsen hänvisar till de grundläggande krav som finns i patientsäkerhets- samt hälso- och sjukvårdslagstiftningen om att en vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god och patientsäker vård.

Inspektionen för vård- och omsorg, IVO, tog 2015 ett principiellt beslut om kompetensnivån på akutmottagningar⁷. I beslutet slår IVO fast att det inte är god och säker vård att läkare med särskilt förordnande arbetar självständigt vid akutmottagning utan tillgång till legitimerad läkare på plats som ansvarar för patienten. Med bland annat IVO:s beslut som grund gjorde Region Örebro län 2021 bedömningen att icke legitimerad läkare ska ha tillgång till legitimerad läkare på plats, när de tjänstgör till exempel på en akutmottagning.

2.3 Processbild över patientflödet

Under förstudiens arbete har de tre akutmottagningarna i länet tagit fram en visualisering över patientflödet:



⁶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om särskilt förordnande att utöva läkaryrket HSLF-FS 2022:20

⁷ Principiellt beslut om icke legitimerade läkare som arbetar på akutmottagning (IVO 2015-11-06)

3. Nuläge

3.1 Utbudspunkter och uppdrag

Patienter i det akuta kirurgiska patientflödet kan idag söka vård på alla tre sjukhus i länet: Karlskoga lasarett, Lindesbergs lasarett och Universitetssjukhuset i Örebro. På samtliga tre akutmottagningar finns läkare från både kirurgiska och internmedicinska specialiteter. Några diagnoser, som till exempel traumapatienter, körs av ambulans till Universitetssjukhuset i Örebro. I övrigt har alla akutmottagningarna i praktiken samma uppdrag.

3.2 Antal läkare och antalet patienter

De tre akutmottagningarna bemannas dels av verksamheternas egen vårdpersonal, dels av läkare från andra verksamheter. Det finns alltid minst en legitimerad läkare på plats. Läkarna kommer från både det egna sjukhusets medicinklinik eller från någon av länsklinikerna Verksamhetsområde kirurgi samt Verksamhetsområde ortopedi och handkirurgi. De läkare som inte är färdigutbildade specialister är i regel ej legitimerade underläkare som till exempel vikarierade läkarstudenter eller AT-läkare.

På Lindesbergs lasarett säkerställer de tre klinikerna tillsammans att det alltid finns legitimerad läkare på plats. I praktiken innebär det att det vartannat dygn är Medicinkliniken som bemannar med legitimerad läkare, och vartannat dygn delar VO kirurgi och VO ortopedi på ansvaret att ha legitimerad läkare på plats.

De läkare som tjänstgör vid akutmottagningarna arbetar antingen som primärjour eller som bakjour. Primärjouren är på plats medan bakjouren har beredskap i hemmet. Primärjouren är oftast den mest oerfarne medan en bakjour är mer erfaren och har det övergripande ansvaret.

Patienterna som söker vård på akutmottagningarna kommer dit på olika vis. Några tar sig dit på egen hand, medan andra kommer med hjälp av anhöriga. En grupp patienter får skjuts av servicersor, medan andra kommer med ambulans.

Antalet patienter som söker till de tre akutmottagningarna är betydligt högre på dagarna än på nätterna. Antalet läkare är också högre på dagarna, förutom vid Lindesbergs lasarett där antalet läkare är oförändrat dygnet runt. I tabellen på nästa sida anges antal patienter som i genomsnitt kommer till de tre akutmottagningarna, och antalet läkare som är i tjänst. På samtliga sjukhus finns dessutom en legitimerad narkosläkare på sjukhuset nattetid som har sovande jour.

| Ort | Specialitet | Antal patienter, i genomsnitt per dag | | | Antal primärjoursläkare (på plats) | | |
|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|----------|---|-------------|-----------------------|
| | | 07.00-21.00 | 21.00-07.00 | Skillnad | 07.00-21.00 | 21.00-07.00 | Skillnad |
| Karl-skoga | Ortopedi | 13,1 | 1,5 | -89% | 1 från ortopedi eller kirurgi + 1 förstärkningsjour kl. 12.00-21.00 (från ortopedi eller kirurgi) | 1 | - 50-66% |
| | Kirurgi | 13,8 | 3,7 | -73% | | | - 50-66% |
| | Medicin | 22,5 | 5,5 | -75% | | | 2 (kl 12.00-16.30: 3) |
| Lindes-berg | Ortopedi | 7,5 | 0,8 | -82% | 1 från ortopedi eller kirurgi | 1 | 0% |
| | Kirurgi | 9,5 | 2,3 | -76% | | | 0% |
| | Medicin | 15,1 | 3,5 | -77% | | | 3 (helg 2) |
| USÖ | Ortopedi | 11,8 | 3,1 | -74% | 2 (kl 17.00-21.00: 1) | 1 | - 50% |
| | Kirurgi | 27,4 | 9,5 | -65% | 3 (kl 17.00-21.00: 2) | 2 | - 33% |
| | Medicin | 34,5 | 14,6 | -58% | 3 (kl 17.00-21.00: 2) | 2 | - 33% |

3.3 Förändringar vid Lindesbergs lasarett

Vid akutmottagningen på Lindesbergs lasarett fanns det under cirka ett och ett halvt års tid under 2020-2021 ingen kirurgisk primärjour på plats nattetid. Bakgrunden till att den kirurgiska primärjouren togs bort för att sedan återinföras är följande:

I Region Örebro läns verksamhetsplan för 2019 fick Hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att upprätta och genomföra en handlingsplan för en ekonomi i balans. Uppdraget genomfördes med stöd av nämndens tre beredningar. En av dem, Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård, föreslog Hälso- och sjukvårdsnämnden bland annat att en översyn skulle göras av samtliga jourlinjer för att se hur dessa kan samverka i syfte att få mer hälso- och sjukvårdsproduktion dagtid.

I juni 2019 beslutade Hälso- och sjukvårdsnämnden att överlämna beredningarnas inspel till hälso- och sjukvårdsdirektören för att de skulle beaktas i det fortsatta arbetet med att upprätta och genomföra en handlingsplan för ekonomi i balans. Handlingsplanen fastställdes av hälso- och sjukvårdsnämnden i september samma år. Nämnden gav samtidigt hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att genomföra åtgärderna i handlingsplanen i enlighet med gällande delegationsordning.

Den översyn som gjordes av jourlinjerna som hälso- och sjukvårdsförvaltningen därefter gjorde visade bland annat att Lindesbergs jour för ortoped och kirurg var en av de jourlinjer som kunde omprövas. Eftersom antalet patienter var få nattetid och antalet operationer samma tid var mycket få så gjordes bedömningen att den jourlinjen borde förändras. Beslut togs att inte ha primärjour nattetid på Lindesbergs lasarett för patienter med kirurgiska eller ortopediska besvär.

Förändringen genomfördes med start den 28 september 2020. Därefter fanns det ingen primär jourlinje för ortoped/kirurgi nattetid mellan 21.00- 07.00. Beslutet innebar att

primärjouren kunde ta emot patienter fram till klockan 21.00 och avsluta sitt arbetspass till klockan 22.00, samt att inga akuta operationer skulle ske nattetid i Lindesberg. Det skulle därmed inte heller finnas någon kirurgbakjour dedikerad till Lindesbergs lasarett. Detta kom dock att ändras under tiden, så att en kirurgbakjour dedikerad till Lindesbergs lasarett återinfördes. Både operationsberedskapen, som ortopedkliniken ansvarade för, och anestesiberedskapen, som AnIVA-kliniken ansvarade för var oförändrade.

En utvärdering genomfördes av de första sex månaderna efter förändringen (se bilaga 1). I utvärderingen sammanfattas resultatet så här:

- Hälso- och sjukvården påverkas på många sätt av pandemin, något som innebär att det i uppföljningen kan vara svårt att med säkerhet urskilja vad som är effekt av pandemin och vad som hör ihop med jourförändringen.
- I ”Handlingsplan för ekonomi i balans” var förväntad kostnadsreducering 6-7 miljoner kronor, något som uppnåtts. Inom kirurgkliniken har besparing gjorts på nästan 3 underläkartjänster samtidigt som bakjourens arbetsbelastning inte ökat.
- Förändringen har inte inneburit negativa konsekvenser i form av försämrad kvalitet eller ökade kostnader för ambulans eller utomlänsvård. Det går ej att se något samband mellan jourförändringen och tid för väntan på ambulans.
- Inflödet av patienter har minskat påtagligt. I genomsnitt kommer 0,9 patient med kirurgiska eller ortopediska symtom till akutmottagningen under den tid då primärjour inte finns på plats (21.00-07.00).
- Nattsjuksköterskan på kirurgavdelningen behöver kontakta bakjouren i genomsnitt mer sällan än en gång på fyra nätter.
- Arbetsituationen har blivit bättre för nattsjuksköterskorna på akutmottagning och avdelning genom förändring av bakjoursstödet till dem.

Utvärderingen godkändes av hälso- och sjukvårdsnämnden i juni 2021. Samtidigt gav nämnden i uppdrag till hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämndens med förslag på åtgärder och utvecklingsarbete för att förbättra invånarnas tillgänglighet till vård nattetid på Lindesbergs lasarett.

I oktober beslutade sedan nämnden att hälso- och sjukvårdsdirektören skulle genomföra förändringar av arbetssätt och förstärkningar för att förbättra invånarnas tillgänglighet till vård i enlighet med planen ”Förstärkt närsjukvård i norra länsdelen”. Enligt beslutet ska det vara möjligt för patienter att nattetid söka vård vid Lindesbergs lasarett för enklare kirurgiska och ortopediska besvär. Förändringen genomfördes den 17 januari 2022.

3.3.1 Analys av avvikelser 2020-2021

Under arbetet med denna förstudie har Patientsäkerhetscentrum analyserat de avvikelser som gjordes vid Lindesbergs lasarett med anledning av att det inte fanns någon primärjour för kirurgiska patienter. Totalt rör det sig om 19 avvikelser, varav 16 gjordes av akutmottagningen. Det vanligaste innehållet i avvikelserna (åtta stycken) var att 1177 på telefon hänvisat kirurgpatienter till lasarettet.

Två av avvikelserna har klassats som betydande allvarlighetsgrad. Den ena av dem handlade om katetrisering av urinblåsan, där patienten fick vänta till kirurgjour fanns på plats följande morgon. Den andra handlade om att operationsjouren vid Universitetssjukhuset i Örebro inte svarade på en sökning, när personalen i Lindesberg behövde råd om en sårskada. Övriga avvikelser bedömdes vara av måttlig eller mindre allvarlighetsgrad.

Tilläggas bör att akutmottagningen i Lindesberg under denna tid dessutom förde en egen registrering över kirurgpatienter som kom till akutmottagningen nattetid. Det är troligt att den registreringen fångade fler tillfällen än de som är dokumenterade i regionens avvikelssystem.

4. Framtidsprognoser

4.1 Befolkningsutveckling

Det är framför allt invånare från fyra av länets kommuner som söker till Akutmottagningen vid Lindesbergs lasarett. I tabellen nedan visas hur invånarantalet i de kommunerna utvecklats de senaste åren, och hur antalet invånare väntas utvecklas under de kommande åren.

| | 2006 | 2023 | 2040 (prognos) |
|--------------|--------|--------|----------------|
| Hällefors | 7 539 | 6 495 | 6 200 |
| Lindesberg | 23 074 | 23 292 | 22 000 |
| Ljusnarsberg | 5 243 | 4 407 | 4 100 |
| Nora | 10 482 | 10 627 | 10 700 |
| Totalt | 46 338 | 44 821 | 43 000 |

(källa: Statistiska centralbyrån)

Den demografiska utvecklingen i hela landet är att andelen invånare i arbetsför ålder minskar. Samma utveckling finns även i de fyra kommunerna, se tabell nedan.

| | 2020 | | | | 2040 | | | |
|--------------|----------|-----------|---------|--------|----------|-----------|---------|--------|
| | 0-24 (%) | 25-64 (%) | 65+ (%) | Antal | 0-24 (%) | 25-64 (%) | 65+ (%) | Antal |
| Hällefors | 27 | 45 | 29 | 6 900 | 26 | 40 | 34 | 6 200 |
| Lindesberg | 28 | 47 | 25 | 23 700 | 26 | 45 | 28 | 22 000 |
| Ljusnarsberg | 22 | 46 | 31 | 4 700 | 19 | 46 | 35 | 4 100 |
| Nora | 27 | 46 | 27 | 10 700 | 26 | 44 | 30 | 10 700 |

4.2 Kompetensförsörjning

För närvarande pågår en förändring av läkarutbildningen på såväl grund- som specialistnivå. Läkare med examen från den tidigare grundutbildningen (5,5 år) behöver genomföra allmäntjänstgöring (AT) för att kunna ansöka om yrkeslegitimation från Socialstyrelsen. Därefter kan läkaren göra en specialistutbildning (ST).

Från och med juni 2027 examineras svenskutbildade läkare från den nya legitimeringsgrundande utbildningen (6 år) och kan då ansöka om yrkeslegitimation direkt efter examen. Därefter kan de fortsätta med specialistutbildning (ST) som innehåller krav på ett års bastjänstgöring (BT) som inledande eller fristående del. BT genomförs, precis som AT, delvis på akutmottagning men placeringen är kort och bidraget till vårdproduktion kommer från och med år 2028-2029 inte att motsvara det

som AT-gruppen tillfört. Regionen styr vilka utbildningsplatser för BT och läkarstudenter som utnyttjas.Handledarkapacitet är ofta avgörande för fördelningen.

Studenter utgör en viktig rekryteringsgrund för regionen. Strategiskt arbete som gynnar andra VFU-placeringar i norra länsdelen kan motverka negativa effekter av att färre studenter placeras på just akutmottagningen vid Lindesbergs lasarett. För att möjliggöra en god kompetensförsörjning av läkare behöver tillgången på såväl praktikplatser för studenter som BT/ST-utbildning med god kvalitet säkras i hela länet.

En analys av den framtida kompetensförsörjningen för övriga yrkesgrupper behöver göras med hänsyn tagen till vilken förändring som ska göras.

5. Omvärldsbevakning

Under förstudien har verksamhetsrepresentanter från åtta andra regioner intervjuats om akutmottagningar på mindre sjukhus där det inte finns någon kirurgisk primärjour. Resultatet visar att regionerna ger akutmottagningarna olika uppdrag, och bemannar dem med olika läkarkompetenser.

| Uppdrag | Alla patienter | | | | Medicinska och lättare kirurgiska patienter | Enbart medicinska patienter | |
|----------------|---|--|---------------------------------|----------------------|---|----------------------------------|--|
| | Akutläkare + Medicinläkare (från vikarierande underläkare till färdig specialist) | Akutläkare + Medicinläkare eller Allmänläkare med tilläggsutbildning | Medicin + Blandade specialister | Medicin + AT, UT, ST | | Medicin + Allmän (del av dygnet) | Medicin + Allmänläkare (del av dygnet) |
| Läkarbemanning | | | | | | | |
| Exempel | Motala | Kalix | Katrineholm | Enköping | Oskarshamn | Köping | Hässleholm |
| | Kiruna | Piteå | Arvika | | | | |

| Akutmottagning | Region | Avstånd med bil till närmaste akutmottagning med kirurg (källa: Google maps) |
|----------------|--------------|--|
| Arvika | Värmland | 71 km (62 minuter) till Karlstad |
| Enköping | Uppsala | 50 km (52 minuter) till Uppsala |
| Hässleholm | Skåne | 32 km (28 minuter) till Kristianstad |
| Kalix | Norrbottnen | 81 km (61 minuter) till Sunderby |
| Katrineholm | Sörmland | 58 km (55 minuter) till Nyköping, 61 km (63 minuter) till Eskilstuna |
| Kiruna | Norrbottnen | 119 km (96 minuter) till Gällivare |
| Köping | Västmanland | 43 km (42 min) till Västerås |
| Motala | Östergötland | 51 km (55 minuter) till Linköping |
| Oskarshamn | Kalmar | 76 km (54 minuter) till Kalmar |
| Piteå | Norrbottnen | 62 km (51 minuter) till Sunderby |

6. Arbetet med förstudien

Av Utvecklingsplanen och uppdragsdirektivet för denna förstudie framgår flera fördelar med att samla det akuta kirurgiska patientflödet till två akutmottagningar istället för tre. Arbetet med förstudien har därför fokuserat på att identifiera de problem som förändringen skulle kunna leda till, och att hitta konstruktiva lösningar för att minimera de negativa konsekvenserna.

I början av 2024 sammankallade färdplansuppdragsägaren en arbetsgrupp med representanter från berörda verksamheter. Inledningsvis gick gruppen igenom bakgrunden till att den kirurgiska primärjouren togs bort från akutmottagningen i Lindesberg år 2020, erfarenheter från den tiden det inte fanns någon kirurgisk primärjour i Lindesberg samt beslutet om att införa en kirurgisk primärjour igen vid lasarettet. Dessutom genomfördes processkartläggningar vid alla akutmottagningar, som ledde fram till en gemensam bild av processen (se 2.3). Även erfarenheter från akutmottagningar i några andra regioner presenterades för arbetsgruppen.

Därefter fick verksamheterna bedöma vilka konsekvenser det skulle få om den kirurgiska primärjouren helt togs bort från Lindesbergs lasarett. Mot bakgrund av de tänkbara konsekvenserna som identifierades fick verksamheterna i uppgift att formulera möjliga lösningsalternativ för att minimera nackdelar av förändringen.

Lösningsalternativen kondenserades ner till tre alternativ:

- Enbart primärjour medicin dygnet runt
- Primärjour medicin dygnet runt + primärjour kirurgi/ortopedi 07.30-20.30
- Primärjour medicin dygnet runt + AT-läkare för kirurgi/ortopedi kl 07.30-20.30 med förändrat uppdrag ("lättvårdskirurgakut⁸")

Dessa tre alternativ fick verksamheterna värdera ur sju obligatoriska perspektiv, med möjlighet att dessutom lägga till frivilliga perspektiv. Värderingen visade att de allra flesta verksamheter bedömer att nackdelarna överväger fördelarna för samtliga alternativ.

En sammanfattning av de möjliga konsekvenser som verksamheterna lyft fram redovisas i bilaga 2.

⁸ Med "lättvårdskirurgakut" avsågs i detta skede en akutmottagning som tar emot och behandlar kirurgiska och ortopediska åkommor som inte kräver att den behandlande läkaren är färdigutbildad specialist i någon av dessa inriktningar.

6.1 Konsekvenser på utbildning och forskning

6.1.1 Utbildning

Utbildningsuppdraget på grund- och specialistnivå vid akutmottagningen på Lindesbergs lasarett omfattar i dagsläget studenter från fem yrkesutbildningar (Sjuksköterska Grundutbildning, Specialistsjuksköterska inriktning Akut, Biomedicinsk analytiker, Läkarprogram Grundutbildning och Röntgensjuksköterska).

Det finns i länet som helhet ett tillräckligt antal platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för lärandemålen inom akut kirurgi. Föreslagen förändring av patientflödet inom akut kirurgi bedöms därför inte påverka regionens befintliga VFU-avtal men kräver ett utökat utbildningsuppdrag på de två akutmottagningar som skulle ansvara för akut kirurgiskt patientflöde. Akutmottagning Karlskoga lasarett och USÖ behöver dimensionera handledningskapacitet och lokaler och ta emot ett ökat antal studenter från framför allt läkarprogram samt specialistsjuksköterska med inriktning akut.

Akutmottagningen vid Lindesbergs lasarett utgör även en utbildningsplats för 16 AT-läkare per år. Om antalet AT-läkare med primärplacering vid Lindesbergs lasarett kan bibehållas beror på kvarvarande handledarkapacitet och övrigt vårduppdrag i verksamheten. Tjänstgöring för AT inom akut kirurgi kan istället erbjudas på andra platser i länet och rotation under tjänstgöringen kan organiseras. Ett minskat antal AT-läkare med placering vid Lindesbergs lasarett kan dock kortsiktigt påverka rekryteringsunderlaget till ST-tjänster negativt fram till dess att AT-tjänster avvecklas i Sverige mellan 2027-2030.

I nuläget utbildas endast enstaka BT-läkare vid Akutmottagningen på Lindesbergs lasarett. Antalet BT-tjänster för läkare kommer att utökas i regionen från 2027. BT-läkare kan uppnå sina utbildningsmål inom akut omhändertagande i ett större antal verksamheter och berörs därmed mindre av föreslagen koncentration av akut kirurgiskt patientflöde

6.1.2 Forskning

Forskning pågår idag på alla tre sjukhus i regionen, både utifrån akuta patienter och planerade patienter. Forskningen är knuten till universitetet via länsverksamheter och lokala verksamheter. Forskningen kommer inte beröras negativt av den förändring som färdplansuppdraget handlar om.

7. Förstudiens rekommendation

Förstudien visar att förutsättningarna för att avveckla det kirurgiska primärjour-uppdraget i stor utsträckning är oförändrade jämfört med när nerdragningen nattetid gjordes 2020. Den enda ändrade förutsättningen av vikt som förstudien visat är den pågående förändringen av läkarutbildningen (se 4.2).

Det är fortsatt mycket få kirurgiska patienter som söker sig till akutmottagningen, framför allt nattetid. Det talar för att förändringen är angelägen ur ett resurs-effektiviseringsperspektiv. Utmaningen är att genomföra förändringen utan att försämra patientsäkerheten, patientnöjdheten och arbetsmiljön.

Utvärderingen från 2021 av att inte ha någon kirurgisk primärjour på plats nattetid visar att den inte fick några allvarliga medicinska konsekvenser. Det talar för att det skulle vara möjligt att avveckla den kirurgiska primärjouren nattetid.

Men förstudiens bedömning är att det av flera skäl är rimligt att se förändringen som en långsiktig process och att istället börja förändringen med att i ett första steg genomföra ett antal förberedande åtgärder. På detta sätt kan de risker som verksamheterna identifierat minskas eller helt förhindras.

Tidplanen för förändringen av akutmottagningen i Lindesberg behöver anpassas utifrån när de förberedande åtgärderna är genomförda. I den sammanfattande bilden nedan är förändringsprocessen därför inte tidssatt.

I samband med de förberedande åtgärderna behöver en risk- och konsekvensanalys genomföras. Det behöver också upprättas en plan för hur förändringarna ska följas upp. Planen bör i stor utsträckning utgå från avvikelser och ordinarie verksamhets-uppföljning, för att undvika att uppföljningen genererar ytterligare administrativt arbete. När det gäller avvikelser bör dessa inte enbart följas upp på Lindesbergs lasarett. Även avvikelser om patienter som får sin vård på Universitetssjukhuset kan vara nödvändiga att beakta i detta sammanhang, om de vårdas på USÖ för att det inte finns några kirurger i tjänst på akutmottagningen i Lindesberg.

7.1 Steg 1 – förberedande åtgärder

- **Säkra tillgången på medicinläkare**

För att kunna driva en akutmottagning dygnet runt vid Lindesbergs lasarett behöver det finnas legitimerade läkare på plats hela tiden. Detta krävs för att verksamheten ska kunna följa IVO:s bedömning av vad som är en patient-säker bemanning. Förstudiens bedömning är att detta vore möjligt om

medicinklinikerna i länet samverkar för att säkerställa bemanningen vid akutmottagningen i Lindesberg. Det behöver därför göras en översyn av jourverksamheten även för internmedicinska verksamheter, för att bättre utnyttja möjligheten till att samverka mellan de tre medicin-akutmottagningarna i länet.

- **Säkra stöd för triagering för sjuksköterskor**

De sjuksköterskor som bemannar akutmottagningen i Lindesberg behöver på ett effektivt och patientsäkert sätt kunna triagera på patienter som kommer till akutmottagningen. Detta gäller vid alla akutmottagningar, men blir extra tydligt om kirurgisk kompetent läkare inte finns på sjukhuset eftersom patienter då behöver hänvisas vidare. Ett tänkbart verktyg för en säker triagering skulle kunna vara den Triageringshandbok som Region Skåne använder, och som med goda erfarenheter används på Akutmottagningen i Hässleholm.

- **Säkra ett brett akut omhändertagande av patienter i norra länsdelen**

Det är troligt att en del av de patienter som söker sig till akutmottagningen i Lindesberg rent medicinskt skulle kunna ha omhändertagits av primärvården istället. Om vårdcentralsjouren skulle kunna ta en större del av de akuta patienterna skulle fler omhändertaganden kunna ske geografiskt nära.

- **Säkra transportorganisationen**

Förstudien visar att behovet av ambulanstransporter av patienter troligen kommer att öka. Förstudien har dock inte lyckats visa hur det ökade behovet påverkar den totala beläggningen på ambulansverksamheten. Här behöver ett kompletterande arbete göras för att bedöma lämpliga åtgärder.

Patienter kommer idag till akutmottagningen med både ambulans, serviceresor och egen transport. Hur många patienter som skulle komma med serviceresor eller egen transport om uppdraget för akutmottagningen ändras är svårbedömt eftersom det beror på hur medborgarna ändrar beteendet.

I verksamhetsplanen för 2024 får hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att ta fram ett förslag till hur sjuktransportresor och sekundära ambulanstransporter skall organiseras och hanteras inom länet. Det är troligt att ett sådant förslag skulle kunna underlätta genomförandet av en förändring av den kirurgiska primärjouren i Lindesberg.

- **Kommunikationsarbete till medborgare och vårdgrannar**

Det är av stor vikt att en tydlig informationsinsats görs i samband med

förändringen. Det är viktigt av två skäl: dels för att trygga medborgarna, dels för att minimera antalet patienter med kirurgiska åkommor som söker sig till akutmottagningen. Utvärderingen av förändringen 2020-2021 visar att nästan hälften (39%) av de som kom till sjukhuset med kirurgi- eller ortopedrelaterade besvär hade haft kontakt med 1177 innan de sökte. Samtidigt finns det flera avvikelser om att kirurgiska patienter hänvisats till Lindesberg av 1177. Detta visar vikten av att 1177 på telefon involveras i kommunikationsarbetet.

I det fortsatta förändringsarbetet behöver de verksamheter som ska ansvara för den fortsatta verksamheten vara ledande. Det innebär i första hand Akutmottagningen och Medicinkliniken i Lindesberg, men för att få en hög delaktighet av berörda verksamheter är det också lämpligt att involvera VO Ambulanssjukvård. Mot bakgrund av Utvecklingsplanens målsättning att primärvården ska ta hand om en stor del av det akuta patientflödet är det också rimligt att den tar en aktiv del i det fortsatta förändringsarbetet.

7.2 Steg 2 – förändrat uppdrag

Det andra steget innebär att det akuta kirurgiska uppdraget på akutmottagningen i Lindesberg begränsas i både tid och omfattning. Den tidsmässiga begränsningen bör vara dagtid, i liknande omfattning som 2020. Det innebär att akuta kirurgiska patienter inte tas om hand nattetid.

Men samtidigt bör även en tydlig begränsning i uppdraget göras, så att det för både allmänhet, personal och vårdgrannar står klart att det enbart är lättare kirurgiska åkommor som ska tas om hand på akutmottagningen. Det skulle innebära att den kirurgiska primärjouren dagtid även i detta steg skulle kunna bemannas av underläkare eller AT-läkare.

Definitionen av det nya förändrade uppdraget behöver utredas och klargöras i ett separat uppdrag. Utgångspunkten bör vara att det är vårdutbudet som förändras, inte namnet på mottagningen. Det innebär att det fortfarande ska finnas en akutmottagning på sjukhuset.

7.3 Steg 3 – förändrat ansvar för läkarbemanningen

Det sista steget för att helt uppfylla förstudiens uppdrag är att primärvården tar över ansvaret för att omhänderta det akuta lättkirurgiska patientflödet. Det bör betonas att detta är en långsiktig målsättning, och kräver en betydligt större tillgång på primärvårdsläkare än i dag.