



# LANDSTINGET BLEKINGE

Blekingesjukhuset  
Förvaltningsstaben  
Peter Pettersson

2016-02-19

Ärendenummer 2016/00240:  
Dokumentnummer:

Till Nämnden för Blekingesjukhuset

## Framtidens Blekingesjukhus

### Sammanfattning

Med en utveckling av moderna mobila och patientnära lösningar för vård, såsom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), mobila team, bedömningsbilar, direktinläggningar och specialistrehabilitering i hemmet (SPRIH) kan förutsättningar skapas för att vårdens kvalitet ska öka samtidigt som den blir mer kostnadseffektiv.

Det är rimligt att anta att de nya arbetssätt och åtgärder som skissas på i ett nytt koncept för akut omhändertagande kan hantera det förändrade patientflöde som förväntas bli konsekvensen av de föreslagna förändringarna (akutavdelning med direktinläggningar och mobila team, bedömningsbilar, specialiserad rehabilitering i hemmet, ASIH, närmare samarbete med kommuner och primärvård och möjlighet till snabba återbesök).

Med dessa åtgärder säkras att de som ofta är sjuka och ofta behöver specialistsjukvård även i framtiden kan få detta i Karlshamn.

### Bakgrund och ärendebeskrivning

På Nämnden för Blekingesjukhusets möte den 28 januari beslutades att till nämndens möte i februari 2016 ge förvaltningschefen nedanstående uppdrag:

- föreslå konkreta åtgärder/arbetssätt för att frigöra vårdplatser med bibehållen eller ökad kvalitet
- presentera ett förslag på nytt koncept för omhändertagande/vård av akuta tillstånd för invånarna i västra Blekinge
- återkomma med konkret förslag om avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och andra mobila lösningar på vård som nu sker på sjukhus (som del i punkter ovan eller självständigt)
- presentera konkret förslag på planerad specialistvård som ska bedrivas i Karlshamn
- tillsammans med primärvården starta upp arbete med patientprocesser (patientens väg genom hela sjukvården) där de olika verksamheterna tar ett gemensamt ansvar och gör en tydlig rollfördelning
- utreda och implementera bemanningstal och andra strukturerade metoder och verktyg för planering och uppföljning av bemanning och verksamhet.

### **Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)**

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) är en vårdform vid vilken sjukhusvård bedrivs utanför sjukhuset, i patientens hem. Genom att vårdas i hemmet minskar riskerna för att patienten ska drabbas av smittor som ofta förekommer inom sjukhusvården. Därutöver bevaras patientens naturliga aktivitetsförmåga i större utsträckning vilket ökar förutsättningarna för att patienten ska bevara sin integritet och självständighet.

Vid andra landsting bedrivs ASIH av ett multidisciplinärt vårdteam (läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut m.fl.) och vården varierar från punktinsatser med intravenös läkemedelsbehandling, provtagning och bedömning av patientens funktionsförmåga till fullständig palliativ vård vid livets slutskede. Ofta initieras vården på sjukhuset och avslutas i patientens hem.

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) är ett komplement eller alternativ till slutenvård när den basala hemsjukvården inte räcker till. En förutsättning för vård inom ASIH är att, inte bara patienten, utan också de närstående i patientens hushåll accepterar vårdformen.

En preliminär beräkning baserat på befolkningsunderlag från ASIH-verksamheten i Kristianstad/Hässleholm resulterar i att ASIH-verksamhet (palliativ vård) i Blekinge bör kunna vårda cirka 60 patienter.

För att kunna uppskatta hur många patienter som idag vårdas vid Blekingesjukhuset som skulle ha kunnat vårdas med ASIH punkt- och konsultinsats, mätte ansvariga läkare och sjuksköterskor, under en dag i februari, sammanlagt 233 patienter som vårdades ineliggande vid Blekingesjukhuset. Av dessa bedömdes sammanlagt cirka 60 patienter (25 %) kunnat ha vårdats med ASIH punkt- och konsultinsats.

Således, en ASIH-verksamhet i Blekinge som ska kunna fungera dygnet runt, veckans alla dagar bör samtidigt kunna vårda 60 palliativa patienter och 60 patienter i behov av punkt- och konsultinsats i hemmet.

### **Mobila team**

Ett mobilt team utgörs som regel av en läkare och en sjuksköterska som tillsammans arbetar med att åka hem till patienten för att göra bedömningar och vidta lämpliga åtgärder. Exakt hur det mobila teamet från Blekingesjukhuset skulle kunna utformas och hur samverkan med övriga berörda aktörer ska organiseras behöver analyseras ytterligare.

Aktuella patientgrupper kan vara patienter som behöver specialistsjukvård som är särskilt inriktad på vanligt förekommande sjukdomar i befolkningen och som föranleder många sjukvårdskontakter.

Fördelarna med ett mobilt team är flera, bland annat att vårdinsatser på plats i hemmet bedöms minska antalet inläggningar/återinläggningar på sjukhus, en ökad vårdkvalitet för patienten utan långa väntetider på en akutmottagning, det ger en trygghet för patienten och det kan minska stress och risken för konfusion hos äldre patienter. Patientflödet på akutmottagningen kan bli bättre och ambulansverksamheten avlastas. Det minskar belastningen på slutenvården, ger lägre vårdtyngd och konceptet med direktinläggningar kan vidareutvecklas. Det kan också innebära att kommunsköterskor, distriktssköterskor, hemtjänstpersonal och närstående kan avlastas i sin bedömning av patienten/ den anhöriges tillstånd. Det är sannolikt även kostnadseffektivt för såväl kommunen (slipper betala för medicinskt färdigbehandlade) som för landstinget.

### **Specialiserad rehabilitering i hemmet (SPRIH)**

Idag vårdas patienter med stroke på strokeenhet både i Karlskrona och i Karlshamn. Strokeenhet som vårdform har hög evidensgrad. I takt med krav på att korta vårdtiderna så har specialiserad rehabilitering i hemmet införts på flera ställen i landet, vilket i princip innebär att slutet av strokeenhetsvården förläggs till hemmet. Detta ger kortare vårdtider och för rätt utvalda patienter ger det gott resultat. En SBU-rapport (Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke) som kom i februari 2015 visar lika gott resultat som vid fortsatt vård i slutenvården. Rapporten säger att när det interdisciplinära teamet även ansvarar för den fortsatta rehabiliteringen i hemmiljö avlider färre och andelen minskar som är beroende av hjälp med sina personliga aktiviteter utan att kostnaden ökar på kort sikt, vilket betyder att metoden sannolikt är kostnadseffektiv. Studier visar goda resultat gällande förbättrad funktion, högre grad av självständighet, underlättar för anhöriga och ger kortare vårdtid. Studier visar också på hög nöjdhet hos patienterna.

Enligt nationell kartläggning och analys av kvalitetsregister (Riksstroke) ses avsaknad av rehabilitering efter utskrivning som ett stort hinder för att optimera återhämtning efter stroke. Ett team som arbetar med specialiserad rehabilitering i hemmet, och som utgår från sjukhusets strokeenheter kan ge stöd till nästa led i vårdkedjan för fortsatt rehabilitering efter utskrivning. Hemrehabilitering bedöms som kostnadseffektiv pga. lika goda resultat, eller bättre, i en billigare vårdform.

Förslaget är att starta med SPRIH för strokepatienter där det finns många modeller i bruk samt god evidens. Planerad start i Karlshamn september 2016 och i Karlskrona februari 2017. Därefter kan patientgruppen utökas till att omfatta även övriga rehabiliteringspatienter som idag vårdas inom slutenvården.

### **Snabb uppföljning kan minska behovet av slutenvård**

Ibland behöver patienter läggas in för att säkra att uppföljande bedömning kan ske dagen efter. För att i möjligaste mån undvika sådan sjukhusvård kommer akuta återbesökstider att säkerställas på medicinmottagningen, för patienter som redan följs eller som behöver kontroll av specialist.

Genom ett samarbete med primärvården möjliggörs att verksamheten på sjukhuset har tillgång till att boka snabba återbesök på vårdcentral för patienter i behov av uppföljning där.

### **Patientflöde vid Dagakutmottagningen i Karlshamn**

Idag söker cirka 11000 patienter vård vid Dagakutmottagningen i Karlshamn varje år, vilket motsvarar cirka 30 patienter per dag. Av de 30 patienterna som varje dag söker vård vid dagakutmottagningen blir cirka 10 patienter inlagda, fyra av dessa blir redan idag inlagda i Karlskrona. Cirka 3000 av de totala 11000 patienterna inkommer med ambulans till dagakutmottagningen. Lite ytterligare fakta:

- Cirka 6000 besök (55 %) av det totala antalet patientbesök utgjordes av medicinklinikens patientgrupp, cirka 1000 patienter var thoraxpatienter och cirka 4000 patienter omhändertogs på kirurgakuten.
- Av det totala antalet patienter som sökte vård på dagakutmottagningen så blev cirka 4000 patienter inlagda på sjukhuset, 2500 i Karlshamn och 1500 patienter i Karlskrona. Drygt hälften (52 %) av patienterna som blev inlagda utgjordes av medicinpatienter.
- Av kirurgakutens 4000 patientbesök blev 700 patienter inlagda och det sker redan idag uteslutande i Karlskrona. De allra flesta är i övrigt väsentligen friska och de kommer i regel själva till dagakuten, utan hjälp av ambulans.
- Cirka 53 procent av patienterna som sökte vård på dagakutmottagningen var >65 år.

Det är svårt att från statistiken från dagakuten i Karlshamn dra slutsatser om hur många som kunde sökt primärvården i stället för dagakuten, men motsvarande siffror på andra akutmottagningar brukar peka på cirka 30 procent. Om vi antar att detta stämmer även för dagakuten i Karlshamn, så är det cirka 3300 patienter som borde söka vård i primärvården, vilket innebär att det återstår cirka 7700 patienter per år som bör omhändertas av specialistvården.

Av de 7700 patienterna per år så antas att det även i fortsättningen är cirka 55 procent av dessa som utgörs av medicinklinikens patienter, vilket innebär 4235 medicinpatienter per år motsvarande cirka 11-12 patienter per dag som måste omhändertas på annat sätt jämfört med dagens situation.

### **Omhändertagande av akuta tillstånd för invånarna i västra Blekinge**

Ett framtida scenario för det akuta omhändertagande, utan en dagakutmottagning, av patienter i västra Blekinge skulle kunna se ut enligt följande. Under dagtid (kl. 8-17) måndag till fredag kan vård sökas vid vårdcentral och under kvällstid (kl. 17-21) är jourcentralen öppen. Under lördag-söndag finns jourcentralen öppen för de patienter som är i behov av ett akut omhändertagande. Patienten kan också, precis som idag, söka akut vård vid närmaste öppna akutmottagning.

De patienter som har ett tillstånd som kräver de resurser som finns på ett akutsjukhus, ska transporteras direkt till ett sådant sjukhus, antingen i Karlskrona eller, inom ramen för befintligt avtal med Region Skåne, till Kristianstad. De patienter som ofta är i behov av specialistvård ska vårdas nära hemmet med hjälp av vårdavdelningar i Karlshamn och mobila vårdlösningar.

Genom att slå samman nuvarande ÖVA med dagakutmottagningen, och därmed skapa en akutavdelning, kan en ny form av akutvård utvecklas i Karlshamn. Denna akutavdelning bedöms kunna utgöra en attraktiv arbetsplats för dem som är intresserad av akutinriktad vård och det skulle i så fall göra det möjligt att bibehålla den kompetens inom akutsjukvården som idag finns i Karlshamn. Denna akutavdelning skulle utgöra navet för det akuta omhändertagandet på sjukhuset och för dem i området som är akut sjuka men inte behöver akutsjukhusets resurser. En akutavdelning i Karlshamn skulle preliminärt innehålla:

- vårdplatser, cirka 14-16
- mobila team kopplade till avdelningen, vilket möjliggör bedömningar av läkare och sjuksköterska av patienter i deras hem
- direktinläggningar från mottagning, mobila team, primärvård, möjlighet för bedömningsbilar och ambulanser att hänvisa hit för bedömning/ behandling med eventuell påföljande inläggning
- möjlighet för utvalda patienter med stort vårdbehov att komma för bedömning för ställningstagande till åtgärder och eventuell inläggning
- trombolyslarm (det akuta hanterandet innan patient förs över till avd. 20).

Även om ASIH i sig inte utgör akutverksamhet, så avlastar ASIH akutvården genom att ge de inskrivna patienterna en helhetslösning där akuta försämringar kan behandlas hemma av ordinarie personal, alternativt direkt på särskilt avsedda vårdplatser.

### **Bedömningsbilar (ambulans)**

Bedömningsbilarna är en näst intill fullt utrustad ambulans som kommer att vara bemannad med en ambulanssjuksköterska. Utlarmningen kommer att skötas av SOS Alarm och de fall som blir aktuella är ambulanslarm där bedömningen är att det behövs ytterligare information för att kunna bestämma vårdnivån. Denna bedömning bygger således på telefoninformation, vilket innebär att bedömningsbilen inte kommer att larmas ut till de mest akuta patienterna.

Bilarna kommer att vara utrustade likt en ambulans förutom sådan utrustning som kräver två man för att den ska kunna användas. Bedömningsenheterna kommer också att ha tillgång till vissa läkemedel och lab-utrustning för de vanligaste analyserna. Detta innebär att möjligheten att göra en korrekt bedömning har ökat avsevärt. Tanken är också att bedömningsenheterna ska kunna stötta ambulanserna då det behövs i form av transport av anestesisyksköterska, bistå vid vissa larm och vara en resurs vid prehospital sjukvårdsledning. Bilarna kommer initialt att vara i drift mellan kl. 8-17 alla dagar och kontinuerlig utvärdering kommer att ske där även arbetstider kommer att ses över. Båda bilarna kommer att ha sin bas i Karlshamn.

### **Direktinläggningar**

Direktinläggning innebär att utvalda patienter ges möjlighet till inläggning på sjukhus utan att behöva passera via en akutmottagning. Modellen finns sedan tidigare på Blekingesjukhuset, dock har detta tillvägagångssätt hittills inte fått den önskade effekten. Den rutin som idag finns innebär att läkare i sluten- eller primärvård kan remittera patient som denne anser vara i behov av direktinläggning till medicinkliniken i Karlshamn. Remissen bedöms av därför utsedda personer vid medicinkliniken utifrån uppsatta kriterier. Patient som accepteras för direktinläggning erhåller patientkort samt information om kontaktväg vid behov av inläggning. Totalt ges möjlighet till anslutning för direktinläggning till tio patienter och i första hand äldre multisjuka. Rutinen är samverkad med kommuner och primärvård. I nuläget finns endast en patient ansluten vilken remitterades av medicinkliniken själva.

Eftersom rutinen hittills inte har fått någon genomslagskraft fyller den heller inte syftet med att öka möjligheten för äldre personer att komma snabbt till rätt vårdnivå och minska tiden på akutmottagningen. Rutinen med direktinläggning behöver därför utvecklas vidare. En öppnare väg in till sjukhuset utan förtida anslutning till begränsat antal ”platser” skulle öppna upp möjligheten för utökad direktinläggning.

Ett sätt vore, så som görs på flera andra sjukhus, att läkare från primär- eller slutenvård träffar patienten utanför sjukhus för bedömning. Befinner sig patienten på kommunalt särskilt boende tas kontakt med primärvårdsläkare av kommunal sjuksköterska för bedömning. Bedöms patienten ha ett behov av slutenvård och ej befinner sig i ett akut sjukdomstillstånd kan kontakt tas med namngiven person, ex. medicinjour, vid Blekingesjukhuset i Karlshamn. Denne beslutar i samråd med kontaktande läkare om direktinläggning bör ske eller om patienten istället ska hänvisas till akutmottagning för omhändertagande på högre vårdnivå.

Hur rutinen med direktinläggning ska utvecklas i Blekinge måste föras i dialog med såväl primärvård som med länets kommuner.

### **Framtida organisation av vårdavdelningar i Karlshamn**

Med anledning av de förändringar i verksamheten som föreslås enligt detta dokument så kommer även vissa förändringar av vårdavdelningarna att bli nödvändig. I ett framtida scenario skulle sammansättningen av vårdavdelningarna i Karlshamn kunna se ut enligt följande:

- OKV (Ortopedkirurgisk vårdavdelning) – 22 vårdplatser (varierande utefter behov, oförändrat jämfört med idag).
- Avd. 20 (Rehabilitering) – 20 vårdplatser. Specialiserad rehabilitering i hemmet (SRIH) kopplat till denna avdelning.

- Avd. 89 (Medicin) – 20 vårdplatser. Avdelning 8 och 9 slås samman till en avdelning redan 14 mars 2016. Detta beror på att vi inte har personal till fler vårdplatser, men vi väljer att inte försöka öppna upp vårdplatserna igen eftersom vi tror det är mer framgångsrikt att bemanna mobila vårdlösningar. Palliativa vårdplatser och ASIH kopplas till avdelningen.
- Akutavdelning (Sammanslagning av ÖVA och Dagakuten) – Cirka 16 vårdplatser, varav två vårdplatser för intermediärvård och fem observationsplatser. Mobila team kopplas till avdelningen. Möjligheter till akuta bedömningar och inläggningar enligt ovan.

### **Planerad specialistvård som ska bedrivas i Karlshamn**

För att kunna bedriva planerade operationer och slutenvård med vårdplatser måste det finnas en möjlighet att vid behov höja vårdnivån något (intermediärvård). Möjligheten till övervakning, andningsstöd och inotropa läkemedel (som snabbt påverkar blodkärl, cirkulation och blodtryck) måste finnas. Denna kompetens kommer att finnas på en eventuell akutavdelning (se under rubriken ”Omhändertagande av akuta tillstånd för invånarna i västra Blekinge” ovan). Med anledning av de begränsade möjligheter till avancerad postoperativ övervakning som kommer att finnas i Karlshamn är det angeläget att ”riskpatienter” identifieras och att dessa patienter opereras i Karlskrona, detta görs redan idag. Ur de ”opererande” klinikernas perspektiv bör och kan operationsverksamheten i Karlshamn se ut ungefär som den gör idag.

Inom ramen för medicinklinikens verksamhet bör specialiteterna neurologi, lungmedicin, endokrinologi, diabetes och njurmedicin finnas i Karlshamn. När det gäller hematologi (blodsjukdomar), gastroenterologi (mage-tarm) och reumatologi kan dessa specialiteter utgå från Karlskrona men vid behov tillhandahållas även i Karlshamn.

### **Akutvårdsavdelning i Karlskrona**

Generellt är det bra både för det akuta och för det planerade patientflödet att dessa skiljs åt. Genom att samla alla akuta patienter med förväntade kortvariga vårdbehov, oavsett kliniktilhörighet, på en avdelning har flera andra sjukhus kunnat korta vårdtiderna och minska risken för att planerad vård störs. En utredning är därför påbörjad för att undersöka förutsättningarna för en sådan akutvårdsavdelning i Karlskrona. Lösningen ska ske inom existerande resurser, vilket innebär att det totala antalet vårdplatser inte ska öka. Därför kommer en AVA även att påverka andra avdelningars vårdinnehåll. Utredningens resultat kommer att presenteras under våren 2016.

### **Samarbete med länets kommuner**

När en person har varit inlagd på sjukhuset och det konstateras att det sannolikt behövs kommunala insatser för att patienten ska klara sig i hemmet efter vårdepisoden, måste en vårdplanering genomföras. Patienten måste då stanna kvar på sjukhus, trots att det inte finns någon medicinsk indikation för vården, fram tills vårdplaneringen har genomförts. Det förekommer inte sällan att personer läggs in på sjukhuset enbart för att vårdplanering ska genomföras. Dessa medicinskt färdigbehandlade patienter uppskattas uppta cirka tio vårdplatser i Karlshamn och det dubbla i Karlskrona.

Om behov av kommunala insatser identifieras tidigt, i bästa fall redan hemma eller på akutmottagningen, så kan onödigt slutenvård undvikas, vilket är bättre för både patient, sjukhus och kommuner. Ett samarbete tillsammans med kommuner och primärvård har initierats i syfte att skapa kommunikationskanaler för tidig identifiering av behov av insatser från kommunen.

### **Bemanningstal och strukturerade metoder för planering och uppföljning**

Flertalet av Sveriges sjukhus lider av brist på personal i likhet med Blekingesjukhuset och inom en snar framtid kommer det även stora pensionsavgångar som påverkar tillgången på personal. Det här innebär att befintliga resurser måste användas så optimalt som möjligt för att säkerställa en god arbetsmiljö men också för att möta framtidens vårdbehov och krav. Ett fokuserat arbete har med anledning av ovan inletts för att möta personalbristen. Det råder framförallt brist på sjuksköterskor och bristen på sjuksköterskor har lett till att vårdplatser har reducerats, arbetsmiljö har förändrats och dyra ekonomiska lösningar har ökat. Det inledande arbetet har koncentrerats till sjuksköterskebristen på vårdavdelningarna med hänsyn till behovet av vårdplatser, rådande personalomsättning och framtidens utmaningar med stora pensionsavgångar.

Att kartlägga och räkna ut vilket behov av vårdplatser som finns kommer att ske först. Detta med hänsyn till övriga utredningar såsom ASIH, mobila team, SRIH, direktinläggningar och VIP-kort.

Vårdplatsbehovet kan i nästa skeende resurssättas. Resurssättningen av vårdplatserna bör sedan ske metodiskt med hänsyn till vilken typ av vårdplats som efterfrågas. Bemanningstal, tillgängliga resurser och vilka olika möjligheter det finns att organisera arbetet på avdelningen kommer att vara styrande. Omvårdsbevakning pågår för att inventera vilka schemaläggningstekniker som finns i andra landsting, vilka arbetstidsmodeller som finns i andra landsting och med vilka yrkeskategorier som andra landsting bemannar vårdavdelningarna med.

Resurssättning av vårdplatser, fastställa arbetstidsmodeller, organisera arbetet med hänsyn till yrkeskategori och fastställa schemateknik utifrån god arbetsmiljö och ekonomiska ramar är det förberedande arbetet. Att behålla befintlig personal och att rekrytera ny personal är den stora utmaningen. Möjligheterna att behålla befintlig personal är mycket viktig. Att utvecklas från novis till expert, att värva nya medarbetare till det egna landstinget och att ta tillvara på pensionerade experter är framgångsfaktorer som bör utredas.

Uppföljning av förbrukade resurser i förhållande till produktion har en avgörande roll för hur väl sjukhuset lyckas att optimera sina resurser i framtiden. Bemanningslistor med budgeterat tjänsteutrymme i förhållande personal som faktiskt är i tjänst kommer att uppdateras månatligen. Prognosen för årets beräknade personalkostnader kommer att bygga på bemanningslistorna som ska uppdateras av personalkonsult och controller i samråd med berörd avdelningschef.

Förutsättningarna och behovet av andra stödresurser än personalkonsult och controller utreds i samband med arbetsmiljöverkets krav på handlingsplan, som ska säkerställa en god arbetsmiljö för första linjens chefer. Förväntningar, ansvar och roller för chefer och stödresurser kommer att definieras i samband med att en handlingsplan arbetas fram.

### **Kostnadsförändring**

Skillnad i kostnad mellan:

A. Dagens vård i Karlshamn dvs. avd. 8, 9, 20 (samtliga dessa avdelningar med reducerat antal vårdplatser), ÖVA, dagakuten, OKV och

B. Planerad vårdorganisation med avd. 89, avd. 20, OKV, ASIH, SRIH, akutavdelning med mobila team.

Enligt förvaltningsstabens beräkningar är alternativ B cirka 22 miljoner per år billigare än alternativ A (se tabell nedan).

I denna beräkning finns osäkerhetsfaktorer såsom kostnader för tekniska lösningar för mobil vård och bemanning för mobila team, som beräknats schablonmässigt. I beräkningsunderlaget ingår endast uppstart av halva ASIH, dvs. i västra Blekinge. Om man räknar med att en fullt utbyggd ASIH i hela länet på motsvarande sätt reducerar behovet av antal vårdplatser i Karlskrona (40) kommer den förändringen att spara ytterligare pengar.

<b>Rörlig personalkostnad</b>						
Avdelning	Bemanningstal beviljade	Fastställda vpl	Ny avdelningsstruktur	Rörlig kostnad fastställda vpl	Rörlig kostnad ny avd. struktur	Diff kostnad fastställda/mål
<b>Karlshamn</b>						
Medicin avd 8	1,44	20		14 400	0	-14 400
Medicin avd 9	1,44	20		14 400	0	-14 400
Medicin avd 89	1,44		20	0	14 400	14 400
Rehad/Stroke 20 K-hm	1,42	24	20	17 040	14 200	-2 840
ÖVA	2,08	14		14 560	0	-14 560
Akutvårdsavdelning Karlshamn	2,00		20	0	20 000	20 000
OKV	0,95	22	22	10 450	10 450	0
<b>Summa vårdavdelningar</b>		<b>100</b>	<b>82</b>	<b>70 850</b>	<b>59 050</b>	<b>-11 800</b>
Dagakuten K-mn				13 091		-13 091
Jourlinje Medicin				5 000	0	-5 000
Jourlinje Kirurgen				5 000	0	-5 000
ASIH				0	17 750	17 750
Palliativa teamet				5 397	0	-5 397
RSIH				0	0	0
<b>Summa</b>				<b>28 488</b>	<b>17 750</b>	<b>-10 738</b>
<b>Totalt</b>				<b>99 338</b>	<b>76 800</b>	<b>-22 538</b>

## Bedömning

Det är rimligt att anta att de nya arbetssätt och åtgärder som skissas på i ett nytt koncept för akut omhändertagande kan hantera det förändrade patientflöde som förväntas bli konsekvensen av de föreslagna förändringarna (akutavdelning med direktinläggningar och mobila team, bedömningsbilar, specialiserad rehabilitering i hemmet, ASIH, närmare samarbete med kommuner och primärvård och möjlighet till snabba återbesök).

Med dessa åtgärder säkras att de som ofta är sjuka och ofta behöver specialistsjukvård även i framtiden kan få detta i Karlshamn.

## Förslag till beslut

Nämnden för Blekingesjukhuset föreslås besluta

- att ge förvaltningschefen nedanstående uppdrag
- att starta avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)
- att starta specialiserad rehabilitering i hemmet (SPRIH)
- att implementera det nya konceptet för omhändertagande av akuta tillstånd för invånarna i västra Blekinge
- att fortsätta arbetet med att utveckla arbetstidsmodeller och bemanningstal.

Karlskrona enligt ovan