

Landstinget i Blekinge
Revisorerna

Revisionskrivelse

Till Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och tandvård

Granskning av akutvården i västra Blekinge

På vårt uppdrag har EY genomfört en granskning som syftar till att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och tandvård utövar en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll för ett säkerställande av en ändamålsenlig akutvård i länets västra del.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnderna i allt väsentligt har hållit sig väl informerade om utvecklingen och att åtgärder för att kompensera förväntade och uppkomna brister på grund av att dagakuten ersattes av akutvårdsavdelningen (AKA) hösten 2016.

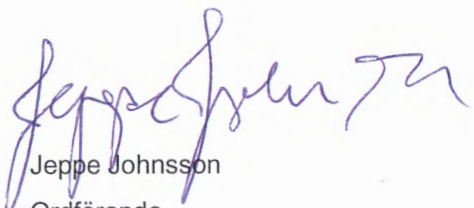
Det fanns inledningsvis ett antal utmaningar för på AKA, jourcentralen och vid de landstingsdrivna vårdcentralerna i Karlshamn men patientströmmarna har idag stabiliserats.

Granskningen visar emellertid på ett antal brister, bland annat vid jourcentralen, som föranleder följande rekommendationer till nämnderna:

- ▶ Båda nämnder rekommenderas att ta initiativ till bättre strategisk och operativ samverkan mellan sjukhus och primärvård för att fortsättningsvis göra justeringar av vårdflödena.
- ▶ Överväg att ta in en representant för primärvården i styrgruppen för AKA.
- ▶ Nämnden för primärvård och tandvård rekommenderas att analysera sökorsaker vid jourcentralen och överväga åtgärder för att kunna möta de eventuellt tyngre patientfallen vid jourcentralen.
- ▶ Båda nämnder rekommenderas att överväga åtgärder för att minska sårbarheten vid jourcentralen i Karlshamn då besöken ökat väsentligt i antal.
- ▶ Nämnden för Blekingesjukhuset rekommenderas att överväga åtgärder för att minska antalet sjuktransporter mellan sjukhusen på grund av vårdplatsbrist.

Svar önskas senast 2018-10-01

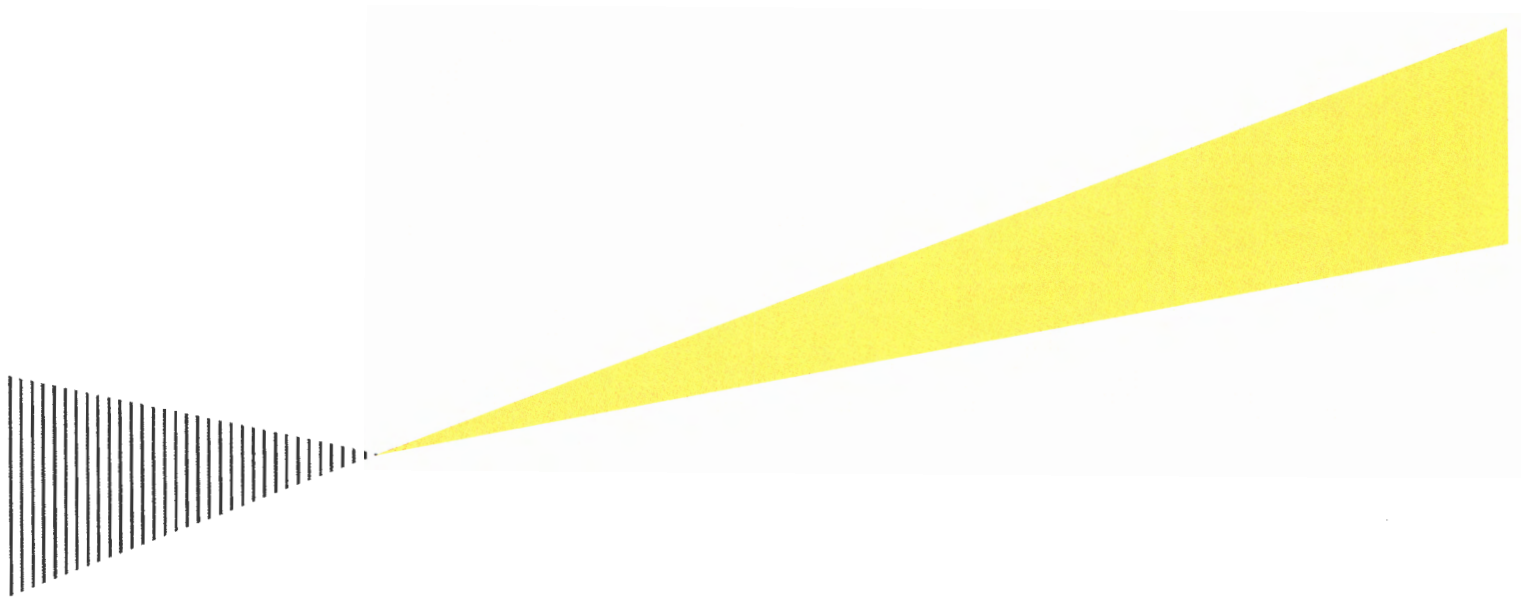
Karlskrona 2018-06-11



Jeppe Johnsson
Ordförande

Granskning av akutvården i västra Blekinge

Landstinget Blekinge



Innehåll

Sammanfattande slutsatser och rekommendationer	3
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte.....	4
2. Utgångspunkter	5
3. Bakomliggande orsaker, planer och strategier inför stängningen av dagakuten i Karlshamn	6
3.1. Förändringsprocessen styrdes i två spår	7
4. Vårdaktörerna i de akuta flödena	7
4.1. Akutvårdsavdelningen i Karlshamn (AKA)	8
4.2. Vårdcentraler	8
4.3. Jourcentral i Karlshamn (JC).....	8
4.4. 1177-vårdguiden.....	9
4.5. SoS-koordinerade sjukvårdsfordon	9
4.6. Mobila enheter	9
5. Förändringarnas påverkan på vårdflödenas effektivitet och kvalitet .	11
5.1. Hjärt- och strokevården har inte försämrats av AKA:s tillkomst.....	11
5.2. Ambulanser och bedömningsbilar	11
5.3. Ökad besöksfrekvens vid vårdcentralerna	12
5.4. Jourcentralen är en viktig men sårbar vårdinstans i akutflödet	12
5.5. Primärvårdens läkarbil har väsentligt förbättrat läkartillgängligheten för kommunernas hemsjukvård på dagtid	13
5.6. Tillgängligheten vid bedömningsenheten på AKA är god men vårdplatserna är en kritisk flaskhals	14
5.7. Besöken till akutmottagningen i Karlskrona ökade mindre än förväntat	14
5.8. Patientsäkerheten har inte äventyrats av förändringarna	15
5.9. Kritiken från patienter har mattats av	15
5.10. De ekonomiska effekterna av förändringen är svåra att beräkna	15
5.11. Bedömning	16
6. Styrning, samordning och uppföljning av akutvården i västra länsdelen	16
6.1. Bedömning	17
7. Kortfattade svar på revisionsfrågorna	17

Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

På uppdrag av landstingets revisorer har EY genomfört en granskning som syftar till att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och tandvård utövar en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll för ett säkerställande av en ändamålsenlig akutvård i länets västra del.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnderna i allt väsentligt har hållit sig väl informerade om utvecklingen och att åtgärder för att kompensera förväntade och uppkomna brister på grund av att dagakuten ersattes av akutvårdsavdelningen (AKA) hösten 2016.

Det fanns inledningsvis ett antal utmaningar för både personalen på AKA och vid de landstingsdrivna vårdcentralerna i Karlshamn men patientströmmarna har idag stabiliserats.

Utförligare bedömningar och svar på revisionsfrågorna återfinns i avsnitt 5:11, 6:1 samt i avsnitt 7.

Granskningen visar emellertid på ett antal brister som föranleder följande rekommendationer till nämnderna:

- ▶ Båda nämnder rekommenderas att ta initiativ till bättre strategisk och operativ samverkan mellan sjukhus och primärvård för att fortsättningsvis göra justeringar av vårdflödena.
- ▶ Överväg att ta in en representant för primärvården i styrgruppen för AKA.
- ▶ Nämnden för primärvård och tandvård rekommenderas att analysera sökorsaker vid jourcentralen och överväga åtgärder för att kunna möta de eventuellt tyngre patientfallen vid jourcentralen.
- ▶ Båda nämnder rekommenderas att överväga åtgärder för att minska sårbarheten vid jourcentralen i Karlshamn då besöken ökat väsentligt i antal.
- ▶ Nämnden för Blekingesjukhuset rekommenderas att överväga åtgärder för att minska antalet sjuktransporter mellan sjukhusen på grund av vårdplatsbrist.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Landstinget Blekinge genomförde år 2016 en omorganisering av akutvården, vilket bland annat omfattade stängning av dagakutmottagningen i Karlshamn. En akuvårdsavdelning inrättades istället i Karlshamn vilken kan ta emot vissa patienter som söker akuvård, medan övriga akuta fall, hänvisas till akutmottagningen i Karlskrona. Revisorerna har i sin riskanalys inför 2018 beslutat att genomföra en granskning av den akuta vården i västra länsdelen.

1.2. Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och tandvård utövar en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll för ett säkerställande av en ändamålsenlig akuvård i länets västra del.

För att nå syftet med granskningen besvaras följande delfrågor:

- ▶ Har nämnden för Blekingesjukhuset säkerställt en strategi för att utveckla vårdflöden som kompenserar nedläggningen av akutmottagningen eller förbättrar vården?
- ▶ Fungerar ambulansverksamheten tillfredsställande för invånarna i västra länsdelen?
- ▶ Har utvärdering av den nya organisationen och de nya vårdflödena genomförts?
- ▶ Hur har förändringarna påverkat hjärt- och strokevårdens kvalitet?
- ▶ Hur har befolkningen informerats?
- ▶ Har analyser gjorts av patientströmmarna efter förändringarna och söker sig patienterna till bästa effektiva omhändertagandenivå?
- ▶ Har en fungerande samverkan säkerställts med omgivande kommuner avseende akut vård?
- ▶ Har kapaciteten vid akutmottagningen i Karlskrona anpassats till de nya förhållandena efter stängningen av akutmottagningen i Karlshamn?

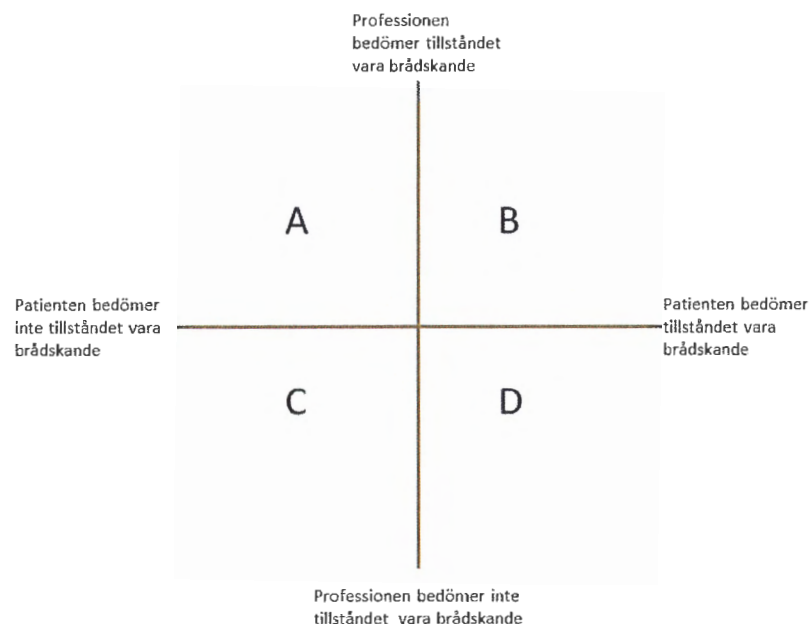
2. Utgångspunkter

Begreppet akut är inte väldefinierat inom svensk sjukvård. Socialstyrelsens termbank definierar akut vårdtillfälle som "vårdtillfälle där patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande". Termbankens definition antyder därmed att patientens tillstånd är tämligen allvarligt, vilket är långt ifrån alla vårdtillfällen som hanteras av aktörerna i det akuta systemet. Vad som anses vara akut, brådskande eller kräver omedelbart omhändertagande beror på vem som gör bedömningen; patienten själv, sjuksköterskan eller läkaren. Förekomsten av ett beslutsstödsystem påverkar också bedömningen av det akuta.

I sjukvårdens planering finns även en administrativ användning av ordet akut som innebär att det som är akut är det som inte är planerat. Ibland kan även akut vara synonymt med den vård som sker på jourtid.

I denna granskning är det flera intervjupersoner som menar att begreppet akut är svårtolkat för befolkningen. Exempelvis används ordet akut för att benämna en organisatorisk enhet, Akutmottagningen, samtidigt som det sker akuta besök vid vårdcentralerna eller vid sjukhusens mottagningar. Begreppet "jourcentral" implicerar verksamhet utanför normal arbetstid och är egentligen ett inifrånperspektiv men som används gentemot befolkningen. Kan man inte vänta till morgondagen med att uppsöka vård går det att vända sig till jourcentralen.

Begreppet akut kan sägas ha två innebörder - en medicinsk som fokuserar på hur brådskande ärendet är utifrån patientens tillstånd och en administrativ som fokuserar den vård som inte är planerad. Frågeställningen om effektiva akuta flöden handlar om att säkerställa att de patienter som har ett medicinskt brådskande behov får detta så snart som möjligt utan onödigt långa ledtider. För att klara det måste organisationen även på ett smidigt sätt möta de patienter som söker akut vård på grund av exempelvis oro fastän de ur en professionell medicinsk bedömning inte har ett brådskande behov. De behov som systemet för akuta flöden ska tillfredsställa kan åskådliggöras i nedanstående matris.



I ruta **A** kan exempelvis en läkare vid ett besök på vårdcentralen identifiera en patient som själv inte ser brådskandegraden bedöma att ett omedelbart hanterande av sjukhusvård är angeläget. Exempelvis vid en misstänkt stroke.

I ruta **B** sammanfaller patientens och sjukvårdspersonalens bedömning vilket i sig inte behöver leda till att patienten söker sig till rätt vårdnivå.

I ruta **C** kan det vara så att en patient exempelvis söker sig till akutmottagningen för att få ett lindrigt problem åtgärdat. Skälen kan vara flera; det finns ingen åtgärd planerad, man är van att gå till akutmottagningen eller patienten vill helt enkelt av almanacksskäl få en åtgärd snabbt men inte för att det är medicinskt brådskande.

I ruta **D** är det vanligaste skälet patientens oro. Även om ingen indikation på allvarlig åkomma föreligger bör sjukvården hantera patientens oro på ett smidigt och för patienten tryggt sätt.

Till stora delar handlar systemet om att hitta lösningar så att patientens behov tillfredsställs med adekvata resurser så att vården blir säker, samtidigt som det säkerställs att vårdens resurser utnyttjas så effektivt som möjligt. Uttrycket "bästa effektiva vårdnivå" brukar användas för att beskriva problematiken. Denna vårdnivå kan åstadkommas dels genom att styra patientens sökbeteende, och dels genom att organisera sjukhusens resurser utifrån befolkningens sökbeteende.

3. Bakomliggande orsaker, planer och strategier inför stängningen av dagakuten i Karlshamn

I programplan *Framtidens hälso- och sjukvård 2016* beskrivs ett antal strategier som ska hjälpa landstinget att uppnå sina uppsatta mål för framtidens hälso- och sjukvård.

Programplanen uttrycker att dessa strategier "innebär att vård som behövs ofta skall bedrivas nära, att viss vård skall koncentreras till färre utbudsställen samt att vårdsamverkan skall utvecklas mellan landstingen/regionerna och mellan landstingen/regionerna och kommunerna. En förutsättning för att uppnå målbilden är att nya arbetssätt och roller utvecklas och att primärvårdens roll stärks". I samma plan redovisas vårdkonsumtion vid akutmottagningarna. Akutmottagningen i Karlskrona hade 2014 drygt 30 000 besök medan dagakuten hade cirka 11 000 besök. Innan akutmottagningen i Karlshamn stängde nattetid i september 2012 och ortopedpatienter helt hänvisades till Karlskrona hade mottagningen cirka 14 000 besök.

En av tre huvudstrategier i programplanen var att vård som av kvalitets-, kompetens- eller ekonomiska skäl inte bör bedrivas på flera ställen ska koncentreras. Det är också den formuleringen som finns i ärendebeskrivning till det extra fullmäktigsammanträde som ägde rum den 5 september 2016. Beslutet innehöll tre delar:

- ▶ Dagakutmottagning och ÖVA stängs
- ▶ En ny akutavdelning AVA öppnas i Karlshamn
- ▶ Kirurgpatienter hänvisas till akutsjukhuset i Karlskrona

Fullmäktige föreslog även Nämnden för primärvård och tandvård att besluta i enlighet med planen för fullgörande av fullmäktiges beslut. I den planen beskrivs att en akutmottagning ska ” vara öppen dygnet runt och ha tillgång till de resurser som krävs för att hantera allvariga akuta tillstånd. Sådan verksamhet inkluderar akuta operationer, intensivvård, akuta interventioner inom till exempel röntgenkliniken och thoraxkliniken områden, akut service inom diagnostik (bild- och funktion, klinisk kemi), mm. På sjukhuset i Karlshamn finns ej de verksamheter som beskrivs enligt ovan och som en följd av detta kan sjukhuset i Karlshamn ej betraktas som ett akutsjukhus”.

Landstingsbudget för 2018 beskriver hur satsningar riktas mot fler ambulanser och bedömningsbilar och till att utveckla länets första akutavdelning i Karlshamn. Budgeten beskriver vidare att landstinget fortsätter att utveckla nya arbetssätt genom fler mobila team och läkarbilar, med vilka vårdens personal kan komma hem till patienter och öka deras möjligheter till sjukvård och rehabilitering i hemmiljö.

Verksamhetsplan och budget 2018 för Blekingesjukhuset beskriver att Blekingesjukhuset sedan 2016 har utvecklat ett nytt koncept för akutvård i västra Blekinge. Satsningen inkluderar bedömningsbilar, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och specialiserad rehabilitering i hemmet. Under 2017 utvecklades nya metoder för akutvården, vilket betyder att Akutavdelningen i Karlshamn nu kan ge akut omhändertagande, dygnet runt och alla dagar i veckan, för patienter som kommer via remiss, bedömningsbil eller ambulans. Det har även etablerats mobila team på Akutavdelningen, vilket har gjort det möjligt för patienter att slutföra vårdtiden i hemmet i stället för på Blekingesjukhuset. Därmed har också flera vårdplatser frigjorts på sjukhuset.

3.1. Förändringsprocessen styrdes i två spår

Enligt de genomförda intervjuerna med bland andra förvaltningscheferna planerades förändringarna dels av sjukhuset dels av primärvården. Samordningen mellan nämnderna och förvaltningarna kunde ha varit bättre. Att beslutet fattades var klart för alla inblandade långt innan genomförandet men personalen vid vårdcentralerna och jourcentralen upplevde ändå att förändringen av patientströmmarna kom hastigt och föranledde viss stress och belastning.

Två månader efter stängningen av dagakuten ökade antalet sökande till två av vårdcentralerna i Karlshamn betydligt vilket beskrivs närmare i avsnitt 5. Till följd av att lokalerna vid Karlshamns sjukhus inte var lämpade för AKA fick verksamheten till en början bedrivas på två olika platser. Detta krävde en uthållig personal. Helt nya lokaler anpassade till AKA:s verksamhet i Karlshamn är dock under projektering.

4. Vårdaktörerna i de akuta flödena

Blekingesjukhuset, primärvården, SOS-alarm och 1177-Vårdguiden är de inrättningar som tillsammans syftar till att möta medborgares akuta vårdbehov. Blekingesjukhusets och primärvårdens instanser beskrivs i detta avsnitt.

4.1. Akutvårdsavdelningen i Karlshamn (AKA)

Efter att dagakuten i Karlshamn stängdes under hösten 2016 bildades Akutavdelningen (AKA). I praktiken utgörs AKA av en sammanslagning av den dåvarande dagakutmottagningen och övervakningsavdelningen. AKA består idag dels av en bedömningsenhet där patienterna bedöms dels av 6 vårdplatser ämnade för 24-timmarsvård. Den största skillnaden gentemot den tidigare dagakutmottagningen är att patienter inte kan söka akutvård direkt, samt att AKA är öppet dygnet runt. För att komma till AKA behövs en remiss från läkare eller att ambulansernas och bedömningsbilens sjukvårdspersonal väljer att köra eller hänvisa patienten till AKA efter bedömning. Kommunens sjuksköterskor kan inte remittera till AKA utan måste konsultera läkare. Dessutom har vissa specifika och kända patienter efter bedömning direkt tillgång till AKA.

Efter bedömning på AKA kan patienten skickas hem, bli hänvisad/remitterad till vårdcentral, hänvisas till akutvård i Karlskrona eller läggas in på AKA:s vårdavdelning. AKA tar emot patienter med medicinska¹ besvär eller sökorsaker. Görs bedömning att patienten behöver kirurgisk eller ortopedisk vård remitteras dessa direkt till Karlskrona. Kirurgpatienter kunde vid basala problem tidigare tas emot vid dagakuten, ortopedpatienter var däremot även tidigare hänvisade till Karlskrona.

I underlaget till fullmäktigebeslutet poängteras att det är väsentligt att det fortsättningsvis kan upprätthållas kompetens på sjuksköterskenivå för intermediär vård. Genom bildandet av AKA var tanken att dessa sjuksköterskor skulle få tillräckligt patientunderlag för att upprätthålla kompetensen. Så blev dock inte fallet då patientunderlaget blev för litet.

Enligt intervjuad avdelningschef för AKA händer det att patienter ibland kommer direkt till AKA, antingen genom att de hittar dit själva eller genom att informatörerna i entrén har hänvisat dem fel. Detta händer dock ganska sällan och när det händer gör personalen en bedömning av om de ska ta hand om patienternas problem eller hjälpa dem att söka till vårdcentralen.

4.2. Vårdcentraler

Vid starten av AKA utökades antalet akuttider vid vårdcentralerna i väster. I de analyser som gjordes inför AKA:s start var antagandet att de omgivande vårdcentralerna skulle få ett tillskott på ca två patienter per dag. De landstingsdrivna vårdcentralerna Samariten och Brunnsgården, båda i Karlshamn, införde drop-in mottagning vid AKA:s start. I övrigt gjordes inga förändringar.

Förutom landstingets fyra vårdcentraler i Karlshamn, Olofström och Sölvesborg finns det 4 privata vårdcentraler.

4.3. Jourcentral i Karlshamn (JC)

Läkarmässigt bemannas JC av den läkare som är primärvårdsjour i västra länsdelen. JC är öppen mellan kl. 17-21 vardagar och 08-21 helger. Vid starten var JC öppen till kl. 23:00 men det upphörde i november 2017 efter att man konstaterade att behovet var lågt mellan kl. 21 och 23. Både Samaritens vårdcentral och JC är belägna i sjukhusbyggnaden. JC flyttades till sjukhuslokalerna i juni 2016 från vårdcentralen Brunnsgården.

¹ Internmedicin, thorax (hjärta/lunga) och infektion.

4.4. 1177-vårdguiden.se

Precis som tidigare finns 1177-vårdguiden.se som en första instans för patienterna att ta kontakt med vid akuta besvär. Inga förändringar gjordes inför starten av AKA.

4.5. SoS-koordinerade sjukvårdsfordon

Ambulanser

Det finns idag sju fullbemannade ambulanser för transporter i länet. Dessa ambulanser finns i första hand till för patienter med hög prioritet. Ambulanserna kör över hela länet.

Lättvårdsambulans/transportambulans

En "lättvårdsambulans/transportambulans" för sekundärtransporter är beställd och kommer inom en snar framtid att finnas tillgänglig. Fordonet körs och bemannas av en erfaren sjuksköterska och kommer att fungera som en resurs för liggande och sittande med sjukvårdsbehov, framför allt mellan sjukhusen eller mellan vårdcentral och sjukhus. SOS-operatören avgör om lättvårdsambulans är lämplig vid larmet, sen gör sjuksköterskan bedömning av om eventuellt en fullvärdig ambulans ska kallas. Vid resursbrist på ambulans kan denna ambulans rycka ut vid prio 1-fall och förbereda patienten till dess att ambulansen kommer.

Bedömningsbilar

Vidare finns det två "**bedömningsbilar**". De utgår från Karlshamn, bemannas av en specialistsjuksköterska och är utrustade med samma redskap som en ambulans, förutom den typ av utrustning som kräver två personer. Till skillnad från lättambulansen kan inga patienter transporteras med bedömningsbilen. Bedömningsbilen finns tillgänglig under dagtid vardagar. Det främsta syftet är att dessa bilar ska avlasta ambulanserna. Under 2017 skickades bedömningsbilen ut på 1474 fall, av vilka fyra av fem fall kunde lösas av bedömningsbilens sjuksköterska utan att ambulans behövdes rekvireras.

Samtliga dessa fordon styrs av operatörerna vid SOS-alarm, vilka bedömer larmet och sänder ut den bil som bedöms vara lämplig utifrån larmets dignitet. Larmet kan komma från privatpersoner via 112, från kommunernas sjukvårdspersonal, från sjukhuset i Karlshamn eller från annan aktör. Även 1177 kan larma efter ambulans men endast om de bedömer att den enskilde eller anhörig inte klarar det själv.

4.6. Mobila enheter

Primärvården har under 2017 etablerat en **läkarbil** i västra länsdelen som komplement till primärvårdens läkaransvar för hemsjukvården och särskilda boenden. En läkarbil har funnits tidigare i östra länsdelen. Fordonet körs av en specialistläkare och är i bruk vardagar mellan kl. 08 och 17. Ett syfte är att förbättra möjligheten för kommunernas hemsjukvård att kunna konsultera läkare vilket har varit ett problemområde på grund av läkarbrist vid vårdcentralerna.

Sjukhuset i Karlshamn har infört ett **mobilt team** som består av en läkare och en sjuksköterska som båda utgår från AKA. Syftet är dels att undvika onödiga inläggningar vid sjukhuset dels att göra det möjligt för patienten att få avancerad vård i hemmet om denne så önskar. En annan konsekvens är att det mobila teamets arbete kan frigöra vårdplatser vid sjukhuset för behövande patienter. Vårdplatser är en trång sektor vid sjukhuset. När patienten vårdas av det mobila teamet i hemmet är patienten fortfarande inskriven vid sjukhuset med hertjänst som vid behov kan kopplas in parallellt från kommunens sida.

En tredje mobil enhet är ett mobilt **specialistrehabteam** som arbetar med patienter i eget boende eller vid SÄBO. Detta team berör de akuta flöden endast indirekt genom att frigöra vårdplatskapacitet vid sjukhuset.

5. Förändringarnas påverkan på vårdflödenas effektivitet och kvalitet

Inför förändringen hösten 2016 vidtog landstinget ett antal informationsåtgärder.

- ▶ En broschyr gick ut per post till alla invånare i de berörda kommunerna
- ▶ Informationsannonser sattes in i lokaltidningarna
- ▶ Information lades in och finns fortfarande på landstingets hemsida, bl.a. filmer som beskriver AKA och bedömningsbilen
- ▶ Förvaltningschefen för BLS och ordförande i Nämnden för BLS genomförde informationsmöten i Karlshamn, Olofström och Sölvesborg
- ▶ Förvaltningschefen och primärvårdsdirektören inbjöd till träff för information och synpunkter ett år efter införandet

Utifrån de utvärderingar som genomförts, tillgänglig statistik och genomförda intervjuer är ett antal faktorer intressanta att belysa för att få en bild av effekterna i det akta flödet av förändringarna som genomfördes i september 2016.

5.1. Hjärt- och strokevården har inte försämrats av AKA:s tillkomst

Hjärt- och strokevården har enligt intervjuerna inte blivit lidande av dagakutens nedläggning. En förbättring skedde i och med att AKA kunde ge trombolys för strokepatienter dygnet runt. Det gäller fortfarande men trombolys ges nu av strokeenheten vid avdelning 20. Enligt förvaltningschefen för BLS har dock vissa ledtider för strokepatienter ökat något i hela länet men orsaken är inte klarlagd ännu.

5.2. Ambulanser och bedömningsbilar

Under januari-april 2016 åkte ambulanserna ut på 3119 prio 1-larm. Under samma period 2018 var antalet utryckningar 3622. Samma gäller för prio 2-larm. Antalet prio-1 och 2-larm har ökat kontinuerligt under flera år och har ingen koppling till AKA:s införande. Däremot har prio 3-larm (övriga ambulansuppdrag) nästan legat konstant under samma period. Den avstannande ökningen skulle kunna bero på bedömningsbilen men även prio-2 (akut men ej livshotande) borde påverkas av bedömningsbilen. Bedömningsbilen genomförde 1474 uppdrag 2017. Även vårdplatstillgången på sjukhuset i Karlshamn kan påverka prio-3 då ambulanserna används för transporter av stabila patienter till Karlskrona.

Inställetiderna för ambulanserna ser ut som följer:

	April-januari 2016	April-januari 2018
Prio 1 (Livshotande)	12 min 14 sek	14 min 12 sek
Prio 2 (Akut men ej livshotande)	19 min 34 sek	15 min 12 sek

Vi kan konstatera att inställetiden för prio-1 har ökat men att den fortfarande är under målet 15 minuter. Tiden för prio-2 har samtidigt förbättrats avsevärt. Inställetiden för prio-3 har ökat från i snitt en timme till en och en halv under samma perioder. Det är svårt att i denna granskning avgöra vad som har orsakat

förändringarna i dessa volymer och tider. Vi kan inte se att just förändringen från en dagakut till akutavdelning dygnet runt har haft någon avgörande betydelse, utöver att ambulanser som hämtar patienter i västra länsdelen nu kan köra många patienter till AKA i Karlshamn istället för till Karlskrona på kvällar och nätter. Det måste ses som en förbättring.

Intervjuade MASAR i Sölvesborg, Olofström och Karlshamn beskriver att det händer att hemsjukvårdens och särskilda boendens personal, efter bedömning av en patient, larmar SOS-alarm. Operatören där kan då välja att skicka ut bedömningsbilen. Eftersom patienten redan är bedömd av sjuksköterska och ibland även av läkare blir bedömningsbilen en överprövning av redan gjord bedömning och ibland beställer sjuksköterskan i bedömningsbilen efter sin bedömning en ambulans. Det blir då en extra, överflödigaaktivitet i processen. Det är oklart hur vanligt detta är men några av de intervjuade menar att det inte inträffar lika ofta som tidigare.

Verksamhetschefen för akutkliniken menar att i det fall detta inträffar så är fördröjningen inte så stor eftersom patienten, när ambulansen kommer, då är förberedd så att transporten kan gå direkt vilket frigör ambulanskapacitet. Bedömningsbilarna är i första hand avsedd för patienter som bedömts av larmoperatör och där denna resurs bedöms tillämplig. Som beskrevs tidigare löser bedömningsbilarna 80 procent av fallen utan att tillkalla andra resurser.

5.3. Ökad besöksfrekvens vid vårdcentralerna

Två månader efter dagakutens stängning blev besöksfrekvensen till vårdcentralerna påtagligt högre. Dock inte vid alla vårdcentraler som förväntats utan vid Samaritens och Brunnsgråden vårdcentraler i Karlshamn.

Vid Samaritens vårdcentral, som redan tidigare hade drop-in-mottagning, hade cirka 50 besök per dag vid denna mottagning. Två månader efter stängningen av dagakuten ökade antalet besök till mellan 85-95 besök, ibland över 100 patienter.² Av de sökande remitterades mellan 10 och 15 procent till Blekingesjukhuset. Personalstyrkan fick därför ökas vid drop-in-mottagningen med negativa konsekvenser för uppföljning och kontroller av kroniskt sjuka. Liknande ökning och omfördelning av arbetsstyrkan skedde vid Brunnsgrådens vårdcentral.

Ökningen vid dessa vårdcentraler ökade belastningen och stressen hos personalen. Dessutom var lokaler och utrustning inte anpassad för den volymen av allvarligt sjuka. Risk för patientsäkerheten bedömdes som ökad och det inträffade även en del allvarligare avvikelser.

Den 1 juni 2017 ändrade vårdcentralen Samariten arbetssättet genom att avveckla drop-in-mottagningen och införa bokade besök till sjuksköterskor som grundmodell. Efter det har besöksantalet enligt primärvårdens utvärdering återgått till normala nivåer och arbetssituationen för personalen har förbättrats. Brunnsgrådens vårdcentral hade 2017 ett ökat antal besök men en minskande trend från maj 2017. Vad som orsakat det minskade inflödet och var dessa patienter istället söker är emellertid inte klarlagt.

5.4. Jourcentralen är en viktig men sårbar vårdinstans i akutflödet

JC är öppet mellan kl. 17-21 och bemannas gemensamt av både landstingsdrivna och privata vårdcentraler. Det innebär att om patienter själv söker sig till sjukhuset vid akuta besvär skall de bli hänvisade till Samaritens vårdcentral dagtid eller till JC

² Uppgifterna är hämtade från primärvårdsförvaltningens utvärdering från november 2017.

under kvällstid. AKA tar bara emot bedömda patienter. Uppstår akuta besvär efter kl. 21 för patienter är det akutmottagningen i Karlskrona eller Kristianstad som finns tillgängliga. Detta händer i viss utsträckning fortfarande. Normalflödet nattetid för patienter som inte ringer 112 är att ringa till 1177 och därigenom få egenvårdsråd eller hänvisning till lämplig vårdinrättning.

Tidigare bokade 1177 Vårdguiden besöken till JC, men detta har nyligen ändrats. Patienter ombeds endast kontakta 1177 innan besök på JC för hänvisning till rätt vårdnivå. Vid JC gäller drop-in-mottagning efter ett beslut i nämnden i januari 2018. I praktiken hade det redan blivit en drop-in-mottagningen efter att 1177 slutat boka tider.

Besöken vid JC ökade med cirka 11 procent mellan 2016 och 2017 under perioderna januari-augusti. Mellan 2014-2016 var antalet besök relativt konstant..

En annan effekt är enligt verksamhetschefen för JC och Samaritens vårdcentral att de besvär som patienterna vid JC söker för har stigit i allvarlighetsgrad. Bland annat vittnar de hyrläkare som tjänstgör vid JC om detta och det har ökat intresset för hyrläkare att arbeta vid JC. Det händer enligt verksamhetschef för JC även att det kommer kirurgiska traumapatienter till JC.

Den ökade svårighetsgraden i kombination med jouruppdraget gör emellertid systemet sårbart enligt verksamhetschefen. Under kvällstid kontaktas PV-jouren som då tjänstgör vid JC. Det händer även att bedömningsbilens sjuksköterska ringer till läkaren vid JC för konsultation. Om det då kommer patienter med allvarligare åkommor till JC blir det sårbart på JC, allra helst om läkaren behöver åka ut till SÄBO eller patient i eget boende och lämna JC för en stund. Visserligen finns det en jourläkare med beredskap i hemmet men denne kontaktas oftast inte vid dessa tillfällen.

En annan aspekt som framkommit i intervjuerna är att det händer att läkare vid JC skickar patienter med bröstsmärtor på remiss till AKA. I flera fall har AKA gjort en annan bedömning och skickat patienten till Karlskrona med ambulans. Orsakerna kan vara flera och behöver inte vara kopplade till förändringen från dagakuten till AKA.

På grund av de landstingsdrivna vårdcentralernas brist på läkare, speciellt vid Samaritens VC, börjar vårdcentralerna hänvisa till JC redan vid 15-tiden vilket gör att det är ett hårt besöksstryck vid öppnandet klockan 17

5.5. Primärvårdens läkarbil har väsentligt förbättrat läkartillgängligheten för kommunernas hemsjukvård på dagtid

Samtliga intervjuade MASAR uppger att införandet av läkarbilen har gjort det väsentligt lättare att få läkarkonsultation under dagtid.

Enligt intervjuerna pågår diskussioner om att utöka läkarbilens tillgänglighet till klockan 19 eller 20. Det skulle i så fall kunna minska den ovan beskrivna sårbarheten på JC.

Även om de ovan beskrivna mobila enheterna har bidragit till att förbättra ambulanskapacitet, effektivisera vårdplatsutnyttjandet vid sjukhuset och till att undvika onödiga inläggningar finns det en baksida. När lättambulansen börjar utnyttjas kommer det finnas minst sju mobila enheter av vilka tre styrs av SOS-alarm. De intervjuade MASARNA beskriver att det är krångligt att hålla reda på alla fordon och hur de ska användas. Det uppstår situationer då det är oklart vem som ska göra vad och vem som fattar vilket beslut.

5.6. Tillgängligheten vid bedömningsenheten på AKA är god men vårdplatserna är en kritisk flaskhals

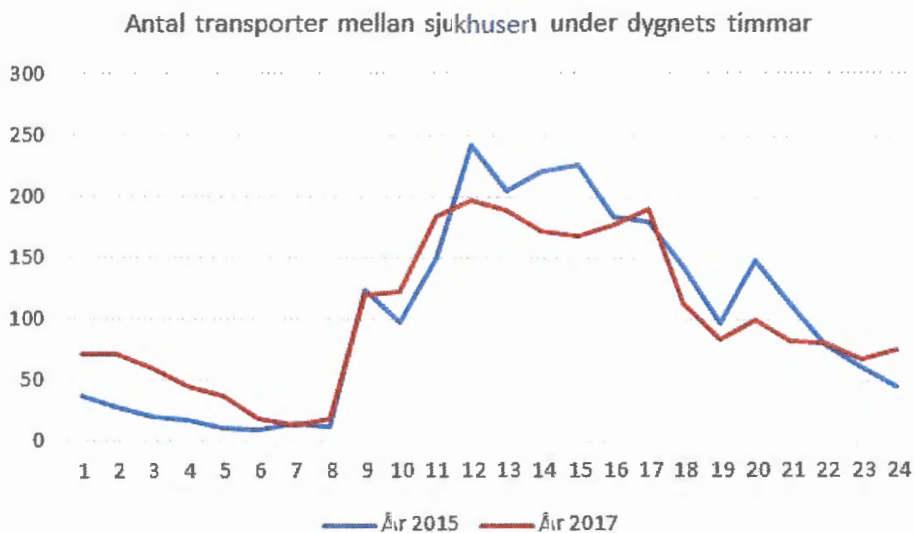
Varje dag kommer det i genomsnitt 12-14 patienter och majoriteten under dagtid. Cirka 11 procent kommer via sjukhusets mottagningar eller efter hänvisning av bedömningsbil. Några enstaka patienter har sökt på eget initiativ.

Medelvårdtiden vid AKA varierar mellan 2,5 och 3 dygn men avsikten är att det ska vara 24-timmarsplatser. Både ordförande vid Nämnden för Blekingesjukhuset och verksamhetschefen för vårdcentralen Samariten och JC uppger att antalet återinläggningar vid avdelningarna på sjukhuset i Karlshamn har börjat att öka.

En konsekvens av sjukhusets vårdplatsbrist är att patienter behöver transporteras till Karlskrona. I första hand är det stabila patienter från alla avdelningar som flyttas för att skapa utrymme för patienter med akuta besvär vid AKA.

Inläggningsprocenten är stor i och med att de patienter som kommer till AKA redan är bedömda. Träffsäkerheten är därför större än vid en normal akutmottagning. Detta medför att ambulanser tas i anspråk för dessa transporter och tanken är att lättvårdsambulansen ska kunna användas för detta ändamål.

Antalet transporter år 2015 mellan sjukhusen var 2473. Under 2017 transporterades 2467 patienter, d.v.s. ganska exakt lika många. Skillnaden är fördelningen under dygnet, se nedan.



Utan att ta hänsyn till vardagar och helger blir det 7 transporter om dagen. Utifrån antagandet att dessa transporter gjordes med ambulans utgör sjukhustransporterna cirka 8-9 procent av ambulansernas uttryckningar.

5.7. Besöken till akutmottagningen i Karlskrona ökade mindre än förväntat

Besöken ökade med cirka 6 procent under det första året. Ökningen förklaras till allra största del av förändringarna i Karlshamn även om besöken till akutmottagningar generellt ökar av andra demografiska skäl. Andelen patienter från de tre västra kommunerna i länet ökade under samma period från 15,9 till 20,5 procent. Det är i första hand patienter som söker vård inom den kirurgiska

specialiteten som står för ökningen vilket var en planerad förändring som beskrivits ovan. Enligt verksamhetschefen vid akutkliniken ökade kirurgbesöken vid akutmottagningen med 2000 färre besök än beräknat utifrån besöksfrekvensen vid dagakuten. Var dessa besök har tagit vägen är oklart.

För kirurgklinikens del är ökningen betydande och till viss del svår att hantera på grund av lokalerna och läkarbrist. Men andelen patienter av "primärvårdskaraktär" har minskat vilket förenklat provtagning och svarshandlingen. Även medicinklinikens ökning består främst av högprioriterade patienter.

I den preliminära utvärderingsrapport vi tagit del av är belastningen på vårdpersonalen vid akutmottagningen stor. Genomloppstiden är fortfarande väsentligt kortare än 4 timmar men personalen beskriver ändå att många patienter klagar på långa väntetider. Tillsammans med bristfälliga lokaler och avsaknad av viss medicinskt teknisk utrustning har ökningen på grund av förändringarna i Karlshamn varit påfrestande.

Även akutmottagningen vid Centralsjukhuset i Kristianstad har sett en ökning av patienter från Blekinge med cirka 11 procent vilket innebär ca 1 patient om dagen. Däremot skedde ingen märkbar ökning av antalet inlagda patienter.

5.8. Patientsäkerheten har inte äventyrats av förändringarna

Förutom de incidenter som inträffade inledningsvis så uppger chefläkarfunktionen att det inte har inkommit ärenden i ökad omfattning eller som är direkt kopplade till de granskade förändringarna i akutsystemet. Två Lex Mariafall och ett gränsfall har hanterats gällande ambulanspersonal som efter bedömning och vissa insatser lämnat patienter hemma men där komplikationer uppstått därefter. Dessa tre fall avsåg kardiologi och internmedicin vilket innebär att de skulle ha transporterats till AKA alternativt akutmottagningen i Karlskrona.

Vissa tveksamheter har även uppstått när det gäller vem som ska ta vilka beslut när det är fullt både vid AKA och vid akutmottagningen. Därför har nya riktlinjer tagits fram som ger den centrala vårdplatskoordinatören mandat att ta beslut om placering och att tjänsteman i beredskap (TIB) i vissa fall ska kopplas in för beslut.

Ansvarig chefläkare för primärvården uppger dock att han får många förfrågningar från verksamheterna om hur de ska värdera avvikelser.

Den sammantagna bedömningen från chefläkarnas sida och deras uppdrag är att de inte kan se att stängningen av dagakuten medfört några ökade patientsäkerhetsrisker så som flödena fungerar nu.

5.9. Kritiken från patienter har mattats av

Inga specifika undersökningar av patienters synpunkter på förändringarna har genomförts men personalen vid AKA beskriver att många patienter upplevde en bristande tillgänglighet efter förändringarna. I utvärderingsrapporten framgår att "fler och fler börjar förstå avdelningens syfte och ser fördelarna med både intag, vårdplatser och det mobila teamet".

5.10. De ekonomiska effekterna av förändringen är svåra att beräkna

Enligt den beräkning som gjorts av Blekingesjukhuset innebär nedläggningen av den tidigare övervakningsavdelningen och dagakuten och etablerandet av AKA en minskad kostnad på cirka 10 mnkr per år. Men uppskattningen har inte tagit hänsyn till förstärkning vid akutmottagningen i Karlskrona eller eventuellt ökade

transporter mellan sjukhusen. Inte heller har hänsyn tagits till stängningen av avdelning 8 i Karlshamn. Enligt den statistik vi har tagit del av har transportererna inte ökat.

5.11. Bedömning

Bedömningen är att de båda involverade förvaltningarna har vidtagit adekvata åtgärder utifrån de problem och förändring av patientströmmarna som ägt rum. Även om flera vittnar om att det kan vara svårt att hålla reda på och ha kunskap om vilket uppdrag de olika mobila enheterna har är bedömningen att tillkomsten av mobila enheter bidragit till bättre akutflöden utifrån det sammantagna system som skapats av sjukhus och vårdcentraler.

Även om besöksfrekvenserna ökade kraftigt vid vissa vårdcentraler det första halvåret har läget stabiliserats idag och besöken är inte fler än de var före stängningen av dagakuten. De synpunkter som kommer från primärvårdsrepresentanter i granskningen och i de utvärderingar som förvaltningarna gjort tyder på att de patienter som söker sig till Samaritens vårdcentral och till jourcentralen söker för svårare åkommor än tidigare. Det förefaller vara en logisk konsekvens av förändringarna.

Frågan är om det är tecken på att vården är felorganiserad i västra Blekinge? Vår bedömning är att det inte nödvändigtvis behöver vara så. Svensk sjukvård är tämligen låst till begreppen sjukhus och vårdcentral. Det behövs nytänkande, inte minst kring nya former mellan sjukhus och vårdcentral. Utredningen "Effektiv vård" av den nationelle samordnaren (SOU 2016:2) pekar på detta behov. Sökpanoramats vid jourcentralen behöver på så sätt inte vara ett problem eftersom flera av dessa patienter sannolikt inte heller behöver den fullt utrustade akutmottagningens resurser. Utmaningen kan bestå i att bemanna jourcentralen med personal och rätt kompetens för att klara vårdbehoven.

Frågan om rätt vårdnivå bör bedömas utifrån ett sådant mindre låst perspektiv.

Vidare är bedömningen att problemet med patientförflyttningar på grund av vårdplatsbrist inte hänger ihop med den granskade förändringen men är ändå en central fråga för kapaciteten att klara de akuta flödena.

6. Styrning, samordning och uppföljning av akutvården i västra länsdelen

När det gäller uppföljning och utvärdering av förändringarna i akutvården i västra länet har tre insatser gjorts. I mars 2017 gjorde primärvårdsförvaltningen och Blekingesjukhuset en "avstämning" på grund av de initiala problem som rådde vid vårdcentralerna och vid jourcentralen. Denna avstämning pekade redan då på de tendenser som beskrevs i föregående avsnitt. Avstämningen beskrev vårdcentralerna, AKA, jourcentralen, ambulansverksamheten, mobila team och patienters synpunkter.

Utöver den avstämningen har under vårvintern 2018 både primärvårdsförvaltningen och Blekingesjukhuset gjort var för sig en ny utvärdering. De båda delarna har ännu inte blivit sammanfogade till en hel rapport och inte

heller presenterats på politisk nivå men vi har fått ta del av dem inför granskningen och de bildar delvis underlag för föregående avsnitt.

De båda ansvariga nämnderna har enligt förvaltningscheferna under tiden från starten fått riklig muntlig information om utvecklingen efter förändringarna. Ledamöterna har dessutom varit mycket aktiva i frågan, mycket på grund av att frågan delvis varit uppmärksammas i lokal media samt att det varit ett politiskt debattämne både före och efter beslutet. Detta bekräftas också av ordförande och 1:e vice ordförande i Nämnden för Blekingesjukhuset.

När det gäller samordning beskriver personalen i utvärderingsrapporterna att det operativa samarbetet mellan primärvården och sjukhuset i vissa delar fungerat bra och varit lösningsorienterat. Flera av de intervjuade i denna granskning uppger emellertid att det behövs en mer välfungerande samverkan mellan sjukhuset och primärvården på en mer strategisk nivå. Uppföljning, styrning och problemlösning sker i allt för hög grad var för sig. Vårdcentralerna träffar MASARNA regelbundet men inte tillsammans med representanter för sjukhuset. Den styrgrupp som finns för akutavdelningen i Karlshamn består av nio representanter för Blekingesjukhusets kliniker men det finns ingen representant för primärvården eller någon kommun. Däremot ingår en av MASARNA i LVSO (Ledningssamverkan vård och omsorg och dess verksamhetsgrupp äldre/somatik).

6.1. Bedömning

Det framgår tydligt av granskningen att både Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård har hållit sig mycket väl informerade om utvecklingen av de akuta flödena i västra länsdelen. Dels har två tämligen grundliga avstämningar/utvärderingar gjorts dels rapporterar respektive förvaltningschef kontinuerligt vid sammanträdena utvecklingen av vårdflödena. Både politik och förvaltning har därför ett utförligt underlag i realtid för att kunna anpassa åtgärder utifrån de problem som uppstår.

Den senare utvärderingen som är gjord under våren 2018 är dock inte presenterad på politisk nivå vilket är en brist. Den har varit klar i några månader.

Samverkan mellan sjukhus och primärvård kan förbättras. Det finns inget operativt forum där alla aktörer deltar för att samordna aktiviteter och åtgärder. Den senaste utvärderingen som är gjord består av en separat sjukhusdel och en primärvårdsdel. Vi bedömer det som en brist att styrgruppen för akutavdelningen i Karlshamn inte innehåller någon representant för primärvården eller från kommunerna.

7. Kortfattade svar på revisionsfrågorna

Revisionsfråga	Svar
----------------	------

Revisionsfråga	Svar
<p>Har nämnderna för Blekingesjukhuset och nämnden för primärvård och tandvård säkerställt en strategi för att utveckla vårdflöden som kompenserar nedläggningen av akutmottagningen eller förbättrar vården?</p>	<p>Delvis. Nämnden för Blekingesjukhuset beredde frågan inför fullmäktigebeslutet och Nämnden för primärvård och tandvård föreslogs att besluta om den genomförandeplan som tagits fram. Utifrån det faktum att förändringen genomfördes i ett högt tempo är bedömningen att båda nämnder noggrant har följt utvecklingen och tagit nödvändiga beslut för att åtgärda de problem som uppstått under vägen.</p> <p>Bilden är dock att drivandet av förändringen har skett i två tämligen separata spår, både på politisk nivå och på förvaltningsnivå.</p>
<p>Fungerar ambulansverksamheten tillfredsställande för invånarna i västra länsdelen?</p>	<p>Ja. Inställelsetiderna för prio-1-utryckningar har visserligen ökat med två minuter under senaste året men ligger fortfarande under målnivån som innebär en genomsnittlig inställelsetid på under 15 minuter för 90 procent av larmen. Ambulanskapaciteten upptas delvis av patienttransporter mellan sjukhusen på grund av vårdplatsbrist och omprövade bedömningar i akuta skeden. Den lättvårdsambulans som snart tas i bruk kommer att frigöra betydande kapacitet för ambulanserna.</p>
<p>Har utvärdering av den nya organisationen och de nya vårdflödena genomförts?</p>	<p>Ja. Primärvårdsförvaltningen gjorde en avstämning av vårdflödena och konsekvenserna för både akutavdelningen och vårdcentralerna redan efter ett halvår.</p> <p>En större utvärdering har nyligen för några månader sedan genomförts av båda förvaltningar för sig. De båda rapporterna har inte fogats samman och har inte heller presenterats på politisk nivå. Skälet är att åtgärderna för budget i balans har dominerat agendorna på förvaltnings- och politisk nivå.</p> <p>Rapporterna har vi tagit del av och bedöms vara väl genomarbetade och utgör ett bra underlag för vidare utvecklingsarbete.</p>
<p>Hur har förändringarna påverkat hjärt- och strokevårdens kvalitet</p>	<p>Nej. Både hjärt- och strokeprocessen är ledtidskritiska och vissa ledtider har ökat något men det är högst oklart om det kan härledas till just införandet av akutavdelningen i Karlshamn och de övriga förändringar som skett i samband med det. Svaret bygger enbart på de intervjuer som genomförts.</p> <p>Till viss del har strokevården gynnats av att trombolys nu kan ges dygnet runt i Karlshamn istället för enbart under dagtid tidigare vid dagakuten.</p>

Revisionsfråga	Svar
Hur har befolkningen informerats?	Bedömningen är att landstinget har vidtagit tillräckliga åtgärder för att informera patienterna. Eftersom befolkningen i liten utsträckning är mottaglig för information vid normalt hälsotillstånd är det svårt att i förväg informera. Trots informationsinsatserna kommer ett visst antal patienter direkt till akutavdelningen utan att ha blivit bedömda av läkare innan. Det senare är en princip som gäller för akutavdelningen.
Har en fungerande samverkan säkerställt med omgivande kommuner avseende akut vård?	Nej. De intervjuade MASARNA i omgivande kommuner beskriver både problem och förbättringar som konsekvens av den förändrade akutvården. Bland annat beskrivs att det är ganska rörigt med alla mobila enheter och kunskapen om vilket uppdrag dessa har är inte alltid fullgod. Viss förbättring har dock skett. Det har inte funnits något forum för att hantera de frågor som uppstår där alla aktörer från kommuner, primärvård och sjukhus medverkar. Dialog förs i separata spår. Akutmottagningens styrgrupp består exempelvis enbart av representanter för sjukhuset.
Har kapaciteten vid akutmottagningen i Karlskrona anpassats till de nya förhållandena efter stängningen av akutmottagningen i Karlshamn?	Ja. Verksamheten vid akutmottagningen är ansträngd och var det redan innan förändringarna i västra länet genomfördes. Personalförstärkning har skett vid akutmottagningen även om inflödet ökade mindre än vad som beräknats i förväg. Däremot har inflödet totalt ökat kontinuerligt oberoende av förändringarna i Karlshamn.