

Ingen på sjukhus i onödan

HUR KAN VI TILLSAMMANS MINIMERA ÖVERBELÄGGNINGAR OCH
UTLOKALISERINGAR FÖR PATIENTENS BÄSTA

Förord

Ingen ska behöva vara på sjukhus i onödan. Detta förutsätter en välfungerande vårdkedja som i sin tur förutsätter en gemensam målbild och ett gemensamt ansvar hos centrala beslutsfattare, verksamhetsledning och medarbetare hos alla vård- och omsorgsaktörer. Detta kan vara lättare sagt än gjort.

Den ansträngda vårdplatssituationen på landets sjukhus diskuteras ofta och flitigt i olika sammanhang, i takt med att överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter fortsätter att öka. Samtidigt vet vi att det finns många exempel runt om i landet på aktivt arbete med att förbättra vårdplatssituationen och där en negativ trend har vänts. Goda idéer och värdefulla erfarenheter från dessa landsting, sjukhus och kommuner vill vi ska spridas och komma fler till nytta. Ambitionen med det här arbetet har därför varit att samla ihop kunskaper och insikter och ta fram förslag på hur man konkret kan arbeta med att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar.

Arbetet hade inte varit möjligt utan alla de representanter från landsting och regioner som har bidragit med sin tid och kunskaper, erfarenheter och insikter inom detta område. Styrgruppen för arbetet har bestått av Eva Estling, Maj Rom och Harald Grönqvist vid Sveriges Kommuner och Landsting. Företaget Health Navigator har bidragit med externt stöd. Ett stort tack till alla medverkande för era bidrag i det viktiga arbetet med att öka kunskaper kring och identifiera strategier för förebyggande och hantering av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter!

Stockholm i september 2016

Hans Karlsson

Direktör, Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

Förord	3
Innehållsförteckning	4
Sammanfattning	5
1. Inledning	8
Bakgrund och syfte	8
Definitioner av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter	9
Metod.....	10
2. Kartläggning och analys av nuläge	13
Hur vanligt förekommande är överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter?	13
Vilka faktorer påverkar förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar?.....	20
Innebär överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter några patientsäkerhetsrisker?.....	27
3. Ett ramverk för medarbetare, verksamhets- ledning och beslutsfattare	34
Vem vänder sig ramverket till?	34
Vilka typer av åtgärder föreslås i ramverket?	34
För dig som medarbetare (mikronivå).....	37
För dig som verksamhetsledning (mesonivå).....	39
För dig som central beslutsfattare (makronivå)	47
4. Verktyg och modeller för nya arbetssätt	51
Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum	52
Modell för systematiskt arbete med "task-shifting"	53
Viktiga delar och framgångsfaktorer i central vårdplatskoordinering	57
Litteraturförteckning	60

Sammanfattning

I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vårdnivå de har behov av och de erbjuds vård i rätt tid. En grundläggande princip är ett systematiskt arbete och en organisering som möjliggör att akutsjukvård och slutenvård förebyggs i den mån det går. Sjukhusvård som hade kunnat undvikas resulterar förutom i en icke optimal vård av patienten även i onödigt höga kostnader – pengar som potentiellt kan nyttjas mer ändamålsenligt om andra prioriteringar gjordes. De senaste åren har antalet vårdplatser inom slutenvård minskat över hela landet samtidigt som de flesta landsting och kommuner strävat efter att utveckla en vård som förebygger behov av akutsjukvård och slutenvård. Ändå upplevs allt oftare en kapacitetsbrist inom slutenvård, och på de flesta sjukhus tillhör det vardagen att patienter vårdas i korridorer eller på en avdelning inom en annan specialitet.

Denna rapport sammanfattar resultaten från ett arbete som Sveriges Kommuner och Landsting har tagit initiativ till. Syftet med arbetet är att på nationell nivå öka kunskaperna kring hur överbeläggningar och utlokaliseringar kan förebyggas och hur patientsäkerhetsriskerna förknippade med dessa kan minskas. Arbetet omfattar bl.a. analyser av den vårdplatsdata som landstingen och sjukhusen rapporterar in månadsvis, samt expertintervjuer med personer med olika funktioner och inom olika landsting. Arbetet har utmynnat i ett ramverk som samlar ett antal förslag på hur man kan arbeta med att minska överbeläggningar och utlokaliseringar, se Figur 1. För att konkretisera förslagen i ramverket har även ett antal arbetssätt valts ut och beskrivits med syfte att kunna användas lokalt som verktyg.

Det har under arbetets gång blivit tydligt att det finns ett stort antal exempel från olika delar av landet som visar att förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan förebyggas – genom ett systematiskt och strategiskt arbete som involverar alla aktörer i vårdkedjan. Arbetet visar även att överbeläggningar och utlokaliseringar inte främst verkar vara en kapacitetsfråga inom slutenvård, utan måste ses som ett resultat av vad som händer i hela vårdkedjan och hur ansvars- och resursfördelning mellan alla vård- och omsorgsaktörer ser ut. Fluktuationer, både i antal inskrivna patienter och i antalet disponibla vårdplatser, gör att behovet av överbeläggningar och utlokaliseringar kommer att uppstå periodvis. En ytterligare insikt från arbetet är att detta dock inte behöver vara ett problem – om de inte förekommer permanent och om de hanteras på rätt sätt.

FIGUR 1. RAMVERK MED FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER

	MIKRO (Enskilda medarbetare)	MESO (Verksamhetsledning)	MAKRO (Centrala beslutsfattare)
Strategiskt Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?	<ul style="list-style-type: none"> Har jag en tydlig bild av hur min insats och min enhet passar in i ett välfungerande vårdflöde som möter patientens behov? 	<ul style="list-style-type: none"> Uppfattar vi den förankrade strategin som enkel och tydlig? Har vi en tydlig bild av hur vår verksamhet bidrar till en välfungerande vårdkedja som möter patientens behov? 	<ul style="list-style-type: none"> Finns det en beslutad strategi på ledningsnivå som innefattar sammanhållen vårdkedja? Förmedlar vi en tydlig inriktning av att vård och omsorg ska möta patientens behov? Har vi kritiskt omprövat ansvars- och resursfördelning mellan olika vård- och omsorgsaktörer?
Taktiskt Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin	<ul style="list-style-type: none"> Säkerställer jag ett konstruktivt förhållnings-sätt till min enhets vårdgrannar? 	<ul style="list-style-type: none"> Tillämpar vi LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagningsnivå)? Har vi en ändamålsenlig planering så att effekten av förutsägbara orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar minimeras? Är vår planering avstämd med våra vårdgrannar? Har vår verksamhet en tillräcklig flexibilitet för att kunna ge en god och säker vård även vid ökat antal patienter? Har vi en ändamålsenlig bemanningsstrategi? Har vi i tillräcklig omfattning centraliserat vårdplats hanteringen? (sluten vård) 	<ul style="list-style-type: none"> Finns det en plan för hur olika aktörer bör samarbeta för att förebygga behovet av patienternas akutsjukvård/slutenvård? Främjar ekonomiska och icke-ekonomiska incitament den övergripande strategin och en god vård och gott omhändertagande av patienten? Arbetar vi långsiktigt med kompetensförsörjning inom alla vård- och omsorgsaktörer och med olika funktioner? Har vi organisatoriska strukturer mellan olika vård- och omsorgsaktörer?
Operativt Vad gör vi praktiskt varje dag?	<ul style="list-style-type: none"> Bidrar jag till en välfungerande vårdkedja genom att <ul style="list-style-type: none"> skicka/skriva ut/ta emot patienter i rätt tid? följa rutiner för informationsöverföring underlätta samlad hantering av vårdplatsituationen genom transparent rapportering av vårdplatsläget? (sluten vård) Använder jag lokala riktlinjer, rutiner och verktyg? 	<ul style="list-style-type: none"> Har vi lokala riktlinjer som stödjer <ul style="list-style-type: none"> ett välfungerande vårdflöde? säker och god hantering av överbelagda och utlokaliserade patienter? (sluten vård) Säkerställer vi att riktlinjer, rutiner och verktyg sprids och tillämpas i organisationen? 	
	<p>Främjar och bidrar vi till en kultur där aktörer, verksamhet och medarbetare har en tydlig bild av sin del i en välfungerande vårdkedja med patienten i fokus? Efterfrågar och följer vi upp resultatet och agerar på dessa?</p>		

TABELL 1. VERKTYG OCH MODELLER FÖR NYA ARBETSSÄTT

Verktyg I: Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum Sammanställning av framgångsfaktorer vid etablering av mötesforum för representanter från alla vårdaktörer.	Riktat sig till <i>centrala beslutsfattare</i> och <i>verksamhetsledning</i> inom <i>alla vårdaktörer</i>
Verktyg II: Modell för systematiskt arbete med "task-shifting" Beskrivning av hur en klinik eller avdelning kan börja arbeta med task-shifting, d.v.s. förflyttning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper.	Riktat sig till <i>verksamhetsledning</i> inom <i>alla vårdaktörer</i>
Verktyg III: Viktiga delar och framgångsfaktorer i central vårdplatskoordinering Modell för kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser för att ge bättre förutsättningar för att minska och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar.	Riktat sig till <i>verksamhetsledning</i> inom <i>sluten vård</i>
Sammanställning av verktyg och arbetssätt som stödjer en välfungerande vårdkedja Översikt av verktyg och arbetsmodeller som syftar till att stödja en välfungerande vårdkedja.	Riktat sig till <i>verksamhetsledning</i> och <i>medarbetare</i> inom <i>alla vårdaktörer</i>

1. Inledning

Bakgrund och syfte

Hälsa- och sjukvårdens uppdrag är att erbjuda en säker och god vård som tillgodoser patientens behov. I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vårdnivå de har behov av och vården erbjuds i rätt tid. Utgångsläget är att ingen ska behöva vårdas på sjukhus i onödan (1) (2). Undvikbar slutenvård resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i genererande av höga kostnader. En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar kostnaden för 56 besök hos husläkare i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre (3).

Ibland uppstår situationer där vården inte är dimensionerad på ett sätt så att alla patienters behov kan mötas på ett optimalt sätt. Överbeläggningar och utlokaliseringar är ett exempel på detta. Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar per capita har ökat de senaste åren, och att behöva placera inskrivna patienter i sjukhuskorridoren eller på vårdavdelningar inom andra specialiteter har blivit vardag på de flesta av landets sjukhus. Samtidigt diskuteras vilka patientsäkerhetsrisker som bristen på vårdplatser innebär. Överbeläggning och utlokalisering av patienter blir ett problem när det finns ett gap mellan den kapacitet och kompetens som erbjuds och patientens aktuella behov (4). Resultatet blir i dessa fall en ökad risk för vård av sämre kvalitet och minskad patientsäkerhet.

Det ses därför som angeläget att aktivt arbeta med dessa frågor på nationell nivå och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tagit initiativ till detta arbete. Syftet med arbetet har varit att öka kunskaper kring hur överbeläggningar och utlokaliseringar kan förebyggas och hanteras och hur patientsäkerhetsriskerna med dessa kan minskas. En tydlig målsättning med arbetet har varit att det skulle resultera i ett antal konkreta och användbara verktyg som kan användas av personer på olika beslutsnivåer och inom olika verksamheter för att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar. Arbetet har fokuserat på effekter på patienternas behov och säkerhet. Fördjupning kring effekter på personalens arbetsmiljö och kostnader etc. har därför inte gjorts inom ramen för detta arbete.

Utgångspunkten för arbetet har varit att för att lyckas förebygga antalet överbeläggningar och utlokaliseringar måste blicken lyftas utanför sjukhusen: ett ansträngt vårdplatsläge måste betraktas som något som påverkas av ett flertal faktorer i hela vårdssystemet och som en gemensam angelägenhet för alla vårdaktörer inblandade i patienternas vård.

Definitioner av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter

För att öka kunskapen kring orsakerna till, riskerna med och åtgärderna för att minska överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter tog Socialstyrelsen tillsammans med SKL år 2012 fram en modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter (4). Det övergripande syftet med modellen är att underlätta en optimerad användning av vårdplatser på landets sjukhus och därmed öka patientsäkerheten för alla de patienter som är i behov av vård.

I samband med att modellen togs fram definierades en rad begrepp, och bland annat togs definitioner för överbeläggning och utlokaliserad patient fram (4). Målsättningen med dessa definitioner var att få en gemensam terminologi som bland annat skulle ge ökade möjligheter till uppföljning och utvärdering av nuvarande situation och av effekterna av eventuella insatser, men även för att underlätta framtida planering av vården.

Definitioner för överbeläggning och utlokaliserad patient i Socialstyrelsens termbank

Överbeläggning

Händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats (d.v.s. vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö)

Utlokaliserad patient

Inskreven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten

Socialstyrelsen 2012, Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter

I en enkät till landstingen och sjukhusen i samband med framtagandet av de gemensamma definitionerna framkom att olika definitioner av överbeläggningar användes; en definition baserades på antalet fastställda vårdplatser (d.v.s. vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman) medan en annan baserades på antalet disponibla vårdplatser (d.v.s. vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö) (4). Skillnaden mellan dessa definitioner är att fastställd vårdplats är ett administrativt begrepp medan disponibel vårdplats innehåller en kvalitetskomponent. Antalet disponibla vårdplatser är beroende av antalet fastställda vårdplatser men även av i vilken omfattning dessa kan nyttjas, vilket bland annat är avhängigt tillgång på vårdpersonal.

De nya gemensamma definitionerna formulerades utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Detta innebär att de inte endast ska uppskatta numerär överbeläggning och utlokalisering utan även spegla kvaliteten och säkerheten av den vård som ges. Det beslutades därför att definitionen för överbeläggning skulle baseras på definitionen för disponibel vårdplats, och det att i definitionen för utlokaliserad patient skulle ingå en bedömning av vårdplatsens kvalitet (se faktaruta).

Metod

Arbetet har genomförts i fyra steg (Figur 2). Nedan redogörs för innehåll i respektive steg. Genomgående i rapporten benämns landsting och regioner som landsting.

FIGUR 2. ARBETETS ÖVERGRIPANDE ANSATS



Kartläggning och analys av nuläge

Landstingen och sjukhusen rapporterar in antalet överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser till SKL:s databas. Mätningarna görs per vårdavdelning och dag och rapporteras per sjukhus, och uppgifterna redovisas på SKL:s webbplats Väntetider i vården. De redovisade uppgifterna finns från oktober 2012 och framåt. Till dataanalyserna i detta arbete användes uppgifter från denna databas. Utöver dessa erhöles data från Socialstyrelsens webbaserade statistik (Diagnoser i sluten vård) samt från Öppna Jämförelser (Vården i siffror). För analyserna kring överbeläggningar, utlokaliseringar och patientsäkerhet användes resultat från punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner (VRI) inom slutenvård samt resultat från den nationella markörbaserade journalgranskningen (MJG).

Fokus för litteraturgenomgången var svenska rapporter och publikationer men denna inkluderade även en internationell utblick.

Identifiering av goda exempel på strategier och arbetssätt

Semistrukturerade intervjuer

Genom jämförande analys mellan landsting och sjukhus i antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per disponibel vårdplats samt utveckling över tid, identifierades landsting och sjukhus med goda resultat (d.v.s. relativt sett få överbeläggningar och utlokaliseringar) och/eller med en positiv trend. Arbetet har gjort en ansats att baserat på exempel på strategier och arbetssätt från dessa landsting och sjukhus identifiera framgångsfaktorer kopplade till dessa positiva utfall. Urval av landsting och sjukhus gjordes även utifrån målsättningen att få spridning mellan mindre och större landsting, mellan olika typer av sjukhus samt mellan olika delar av landet. Urvalskriterier samt utvalda fokuslandsting- och sjukhus listas i tabell 2. Inom dessa landsting intervjuades representanter för olika vårdaktörer (sluten vård, primärvård och

kommun) och i olika roller (enskilda medarbetare, verksamhetsledning och centrala beslutsfattare).

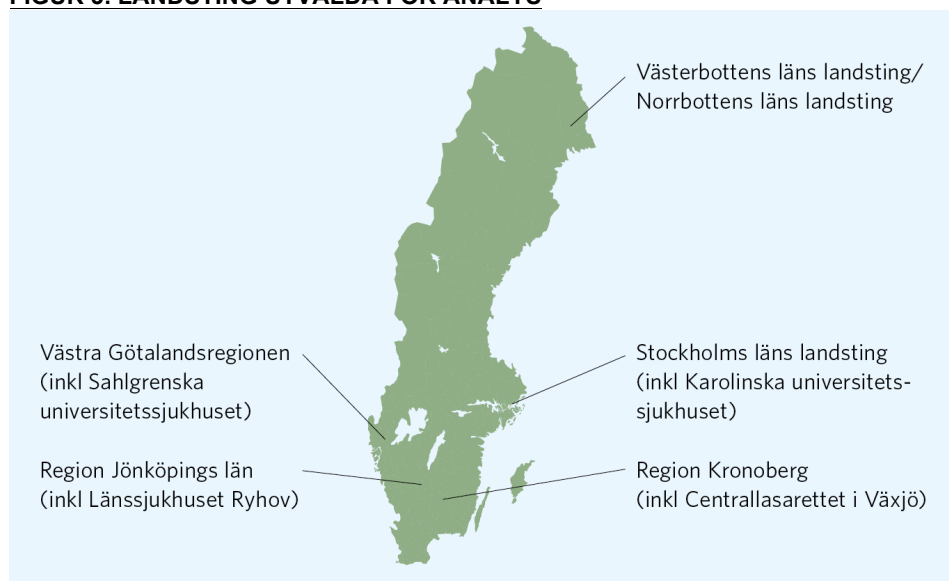
Utöver representanter från fokuslandsting och -sjukhus intervjuades ett antal nyckelpersoner, bland annat experter inom patientsäkerhet.

TABELL 2. URVALSKRITERIER SAMT UTVALDA LANDSTING OCH SJUKHUS

Urvalskriterier	Landsting/sjukhus
Landsting med lågt antal överbeläggningar och utlokaliseringar per disponibla vårdplatser	Region Kronoberg (mellanstort landsting) Stockholms läns landsting (stort landsting)
Sjukhus med lågt antal överbeläggningar och utlokaliseringar per disponibla vårdplatser	Centrallasarettet i Växjö (länssjukhus) Sahlgrenska universitetssjukhuset (universitetssjukhus)
Landsting med förbättring över tid med avseende på förekomst av antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Region Jönköpings län
Sjukhus med förbättring över tid med avseende på förekomst av antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Länssjukhuset Ryhov (länssjukhus) Karolinska universitetssjukhuset (universitetssjukhus)
Landsting i norra delen av landet	Västerbottens läns landsting Norrbottens läns landsting

Totalt genomfördes 24 intervjuer. Intervjuerna genomfördes semistrukturerat och utgångspunkten för intervjuerna var att förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar påverkas av ett antal olika faktorer både inom och utanför slutenvård. Respondenterna ombads att svara utifrån sina egna perspektiv, med utgångspunkt i vilken organisation de arbetar (sluten vård, primärvård eller kommun) och vilken funktion som de har. De ombads även att utifrån sina erfarenheter beskriva de strategier och arbetssätt som de anser har förbättrat vårdplatssituationen och/eller gjort överbeläggningar och utlokaliseringar mer patientsäkra, samt att identifiera nyckelkomponenter och framgångsfaktorer för dessa arbetssätt.

FIGUR 3. LANDSTING UTVALDA FÖR ANALYS



Workshop med centrala personer inom nationellt patientsäkerhetsarbete

Med stöd av SKL finns ett kontaktpersonnätverk med personer som arbetar lokalt med patientsäkerhet. I detta nätverk ingår ca 60 representanter från alla delar av landet och från sluten vård, primärvård och kommuner. Under ett möte med kontaktpersonnätverket, presenterades preliminära insikter från arbetet och deltagarnas reflektioner inhämtades även utifrån följande frågor:

Hur omfattande upplever du att problemet med vårdplatssituationen är och vad driver överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter i ditt landsting?

Har du något/några förslag på konkreta åtgärder för att förebygga eller minska överbeläggningar och utlokaliseringar?

Har du något förslag på hur överbeläggningar och utlokaliseringar kan göras så patientsäkra som möjligt?

Formulering av förslag

Utifrån resultat från kartläggningen och nulägesanalys samt utifrån de framgångsfaktorer som beskrivits under intervjuerna och workshopen togs ett antal förslag fram på hur man kan arbeta med att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar. Dessa förslag samlades i ett ramverk för att ge en överblick över hur personer på olika beslutsnivå och med olika funktioner kan arbeta med frågan.

Utformning av konkreta verktyg

Med utgångspunkt i några av exemplen på framgångsrika strategier valdes ett antal arbetssätt ut och beskrevs. Syftet var att konkretisera förslagen i ramverket och tanken är att beskrivningarna ska kunna fungera som verktyg vid arbete med att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar. Utöver detta gjordes en sammanställning av modeller och verktyg som redan finns och används idag och som syftar till att stödja ett välfungerande vårdflöde.

2. Kartläggning och analys av nuläge

I detta kapitel ges en beskrivning av förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter, bidragande faktorer till att de uppstår samt eventuella risker. Kapitlet består av tre delar:

1. Hur vanligt förekommande är överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter?
2. Vilka faktorer påverkar förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar?
3. Innebär överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter några patientsäkerhetsrisker?

Hur vanligt förekommande är överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter?

Övergripande slutsatser från analyser i detta avsnitt:

- Förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar per disponibel vårdplats ökar på nationell nivå. Variationerna under året är dock omfattande.
- Det är stora skillnader mellan landstingen i antal överbeläggningar och utlokaliseringar sett till antalet vårdplatser, och det är stora variationer mellan sjukhusen inom landstingen. Landstingen skiljer sig även åt i hur de väljer att prioritera mellan överbeläggningar och utlokaliseringar.
- Några landsting och sjukhus går emot trenden och har minskat antalet överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.
- Avsaknaden av gemensamma definitioner och nationella mätningar i andra länder försvårar internationella jämförelser.

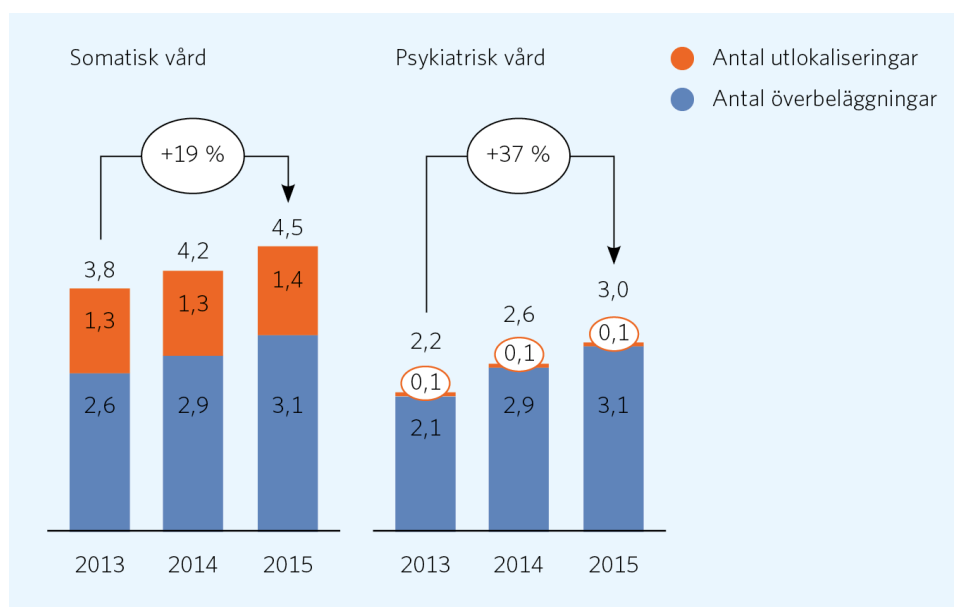
Förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter har ökat stadigt de senaste åren, men variationerna under året är stora

Under år 2015 var det i snitt 3,1 överbeläggningar och 1,4 utlokaliserade patienter per hundra disponibla vårdplatser inom den somatiska vården. Inom psykiatrisk vård är utlokaliseringar av patienter ovanligt men överbeläggningar förekommer i motsvarande omfattning som inom somatisk vård (Figur 4).

Förekomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter har på nationell nivå ökat under de senaste åren; mellan år 2013–2015 ökade antalet överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter med nästan 20 % inom somatisk vård och 40 % inom psykiatrisk vård. Ökningen har varit stadig sedan mätningarna inleddes och det relativa förhållandet mellan antalet överbeläggningar och utlokaliseringar har i princip varit oförändrat över tid.

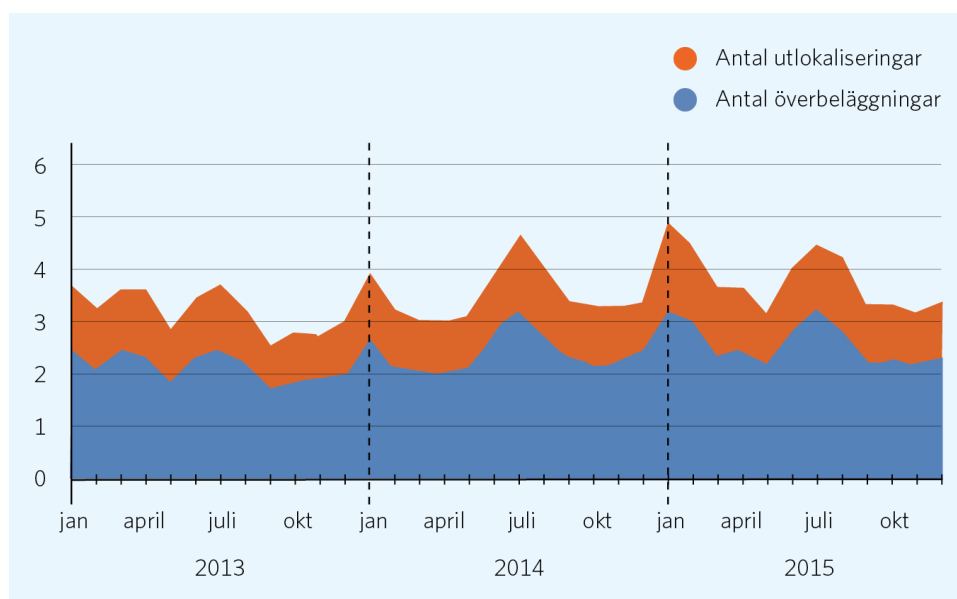
I Figur 5 observeras att det är tydliga variationer över årets olika delar, med toppar under sommar- och vintermånaderna. Under 2015 varierade antalet överbeläggningar och utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser mellan 5,8 (i januari) till 3,7 (i maj).

FIGUR 4. ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR RESP. UTLOKALISERADE PATIENTER PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER, HELA RIKET, 2015



Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6).

FIGUR 5. ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR RESP. UTLOKALISERADE PATIENTER PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER, HELA RIKET, SOMATISK VÅRD



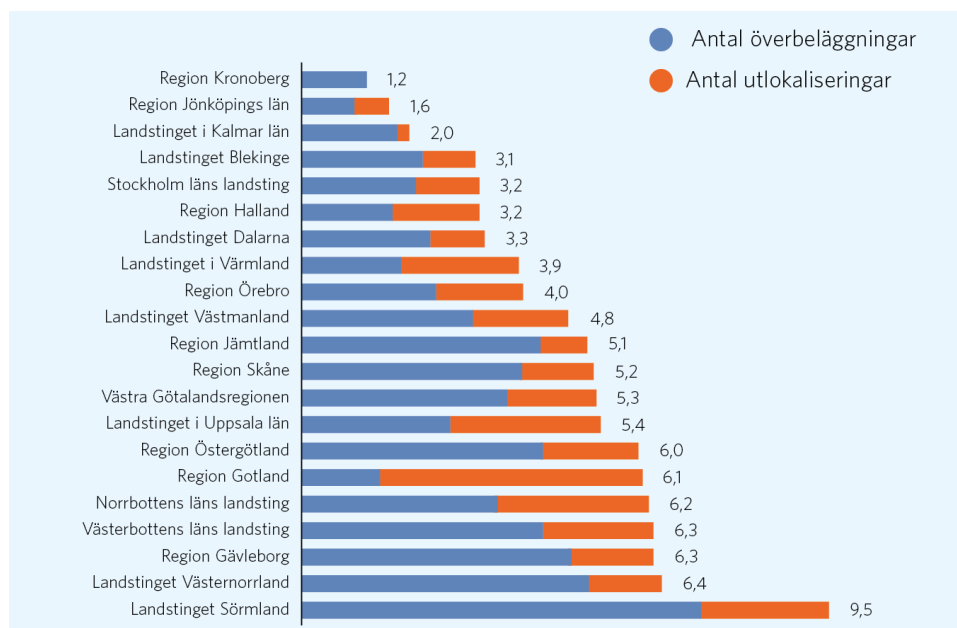
Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6).

Det råder stora variationer såväl mellan landstingen som mellan sjukhusen inom landstingen i antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter

I Figur 6 illustreras den stora variation som föreligger mellan landstingen i antalet rapporterade överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Landstinget i Sörmland hade under 2015 högst förekomst medan Region Kronoberg hade lägst (9,5 respektive 1,2 överbeläggningar och utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser).

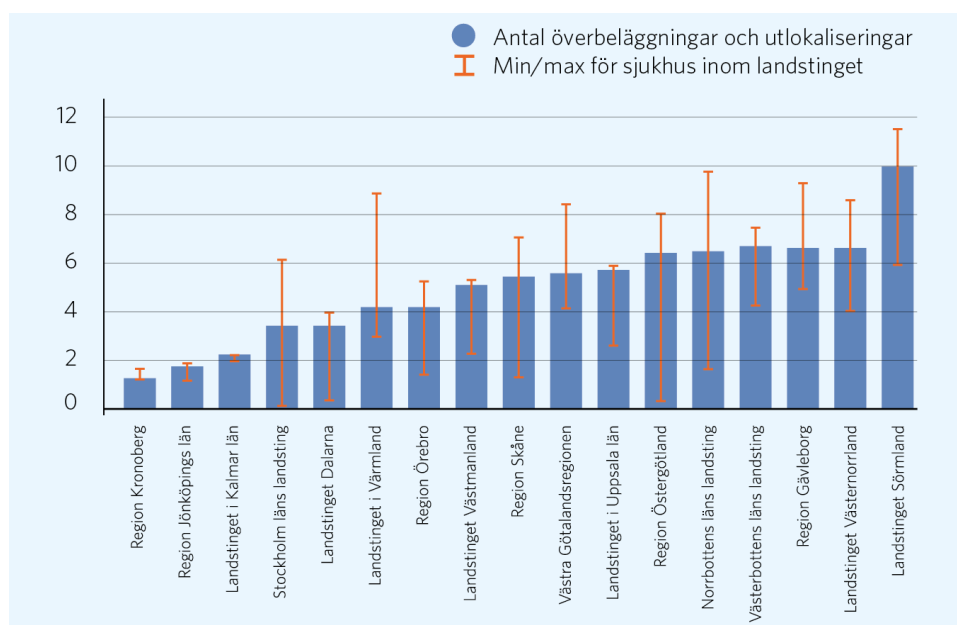
Även inom landstingen observeras skillnader avseende förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar. Figur 7 visar variationen mellan de sjukhus som har högst respektive lägst antal överbeläggningar och utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser inom varje landsting. Region Östergötland och Norrbottens läns landsting har högst variationer inom landstingen medan Region Kronoberg och Landstinget i Kalmar län har lägst. Det kan inte observeras något samband som tyder på att landsting med en hög spridning mellan sjukhusen även har ett högt eller lågt antal överbeläggningar och utlokaliseringar.

FIGUR 6. ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR RESP. UTLOKALISERADE PATIENTER PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER FÖR RESP. LANDSTING, SOMATISK VÅRD, 2015



Källa: Landstingens rapporterade data (6).

FIGUR 7. ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR OCH UTLOKALISERADE PATIENTER PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER FÖR RESP. LANDSTING OCH SPRIDNING INOM LANDSTINGEN, SOMATISK VÅRD, 2015

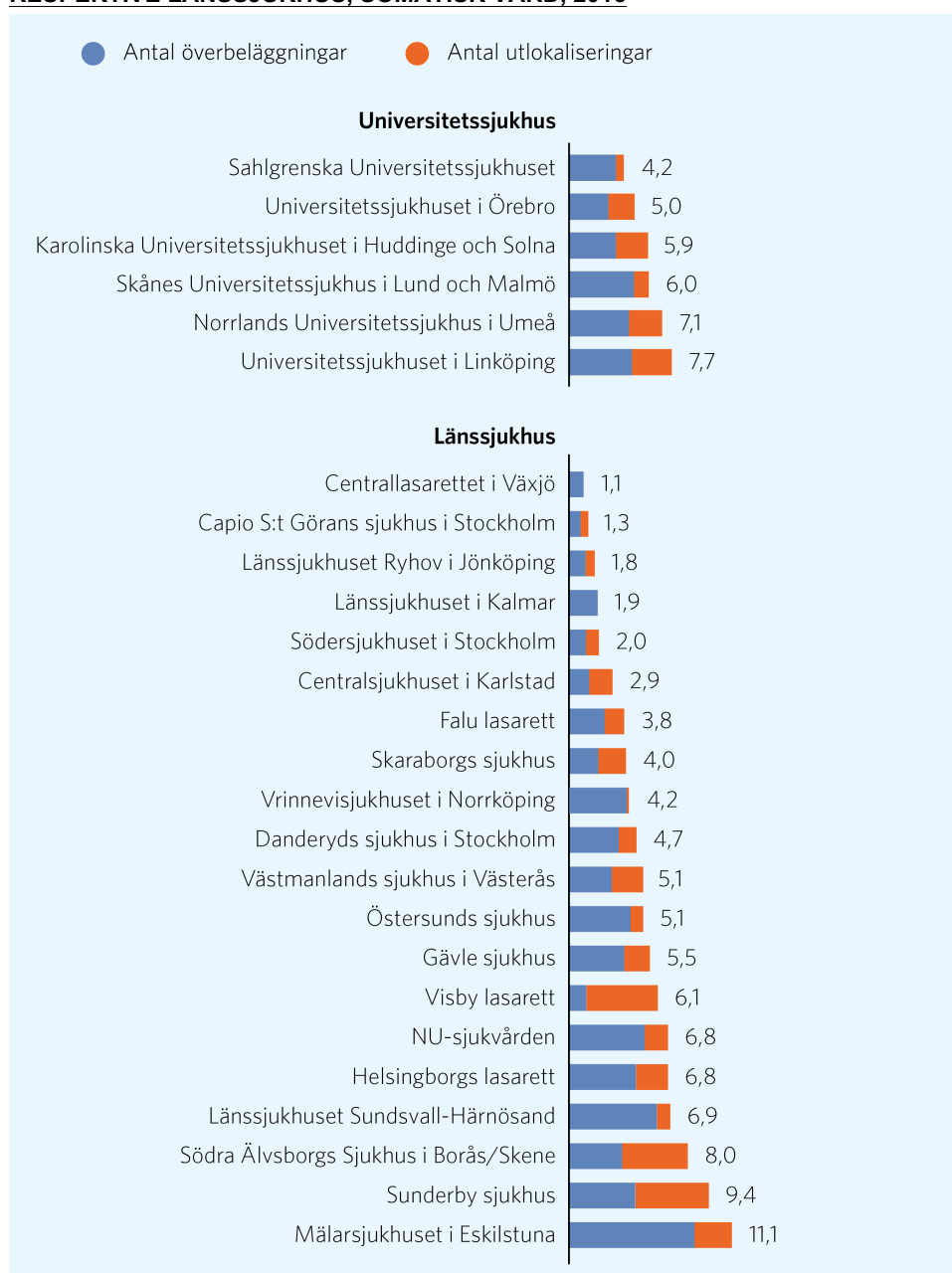


Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6).

Vid jämförelse mellan universitetssjukhusen och mellan länsjukhusen observeras även här avsevärda skillnader (Figur 8). Det universitetssjukhus som hade högst antal överbeläggningar och utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser under 2015 var Universitetssjukhuset i Linköping. Lägst antal överbeläggningar och utlokaliseringar hade Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Bland Länsjukhusen är spridningen större där Mälarsjukhuset hade högst frekvens medan Centrallasarettet Växjö hade lägst.

Det kan noteras ett generellt mönster av att överbeläggningar är mer vanligt än utlokaliseringar, d.v.s. då disponibel plats inte finns tillgänglig placeras patienten hellre på icke disponibel plats på medicinskt ansvarig avdelning än att den utlokaliseras till avdelning med annan specialitet (6). En analys av samvariationen mellan antalet överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser och antalet utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser inom somatisk vård visade liten korrelation på sjukhusnivå ($R^2=0,10$), vilket kan tolkas som att ett högt antal utlokaliseringar inte kan förklaras av ett högt antal överbeläggningar (och vice versa) utan att sjukhusen har olika strategier för att lösa ett ansträngt vårdplatsläge.

FIGUR 8. ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR RESP. UTLOKALISERADE PATIENTER PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER, UNIVERSITETSSJUKHUS RESPEKTIVE LÄNSSJUKHUS, SOMATISK VÅRD, 2015



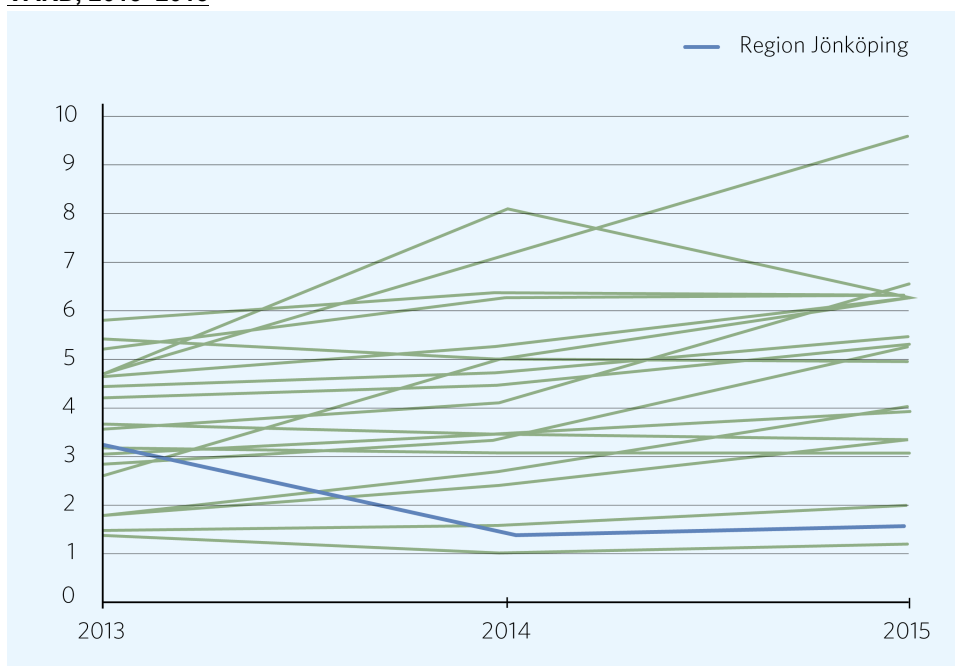
Skaraborgs sjukhus: Skövde, Falköping, Mariestad, Lidköping; NU-sjukvården: NÄL, Uddevalla, Dalsland, Lysekil, Strömstad.

Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6).

Några landsting och sjukhus går emot trenden och har minskat antalet överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter

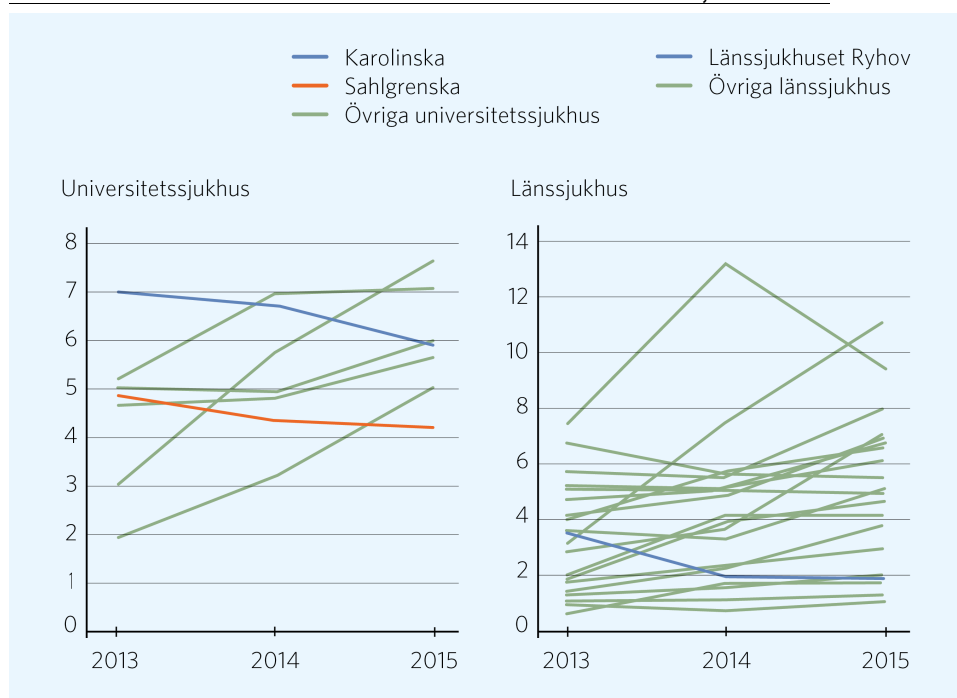
De flesta landsting och sjukhus har ökat antalet överbeläggningar och utlokaliseringar sedan SKL började samla in data 2013 men det finns några exempel på motsatsen. Region Jönköpings län är det enda landsting som går emot den generella trenden (Figur 9). Analyser på sjukhusnivå visar att bland universitetssjukhusen har Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset minskat antalet överbeläggningar och utlokaliseringar. Bland länsjukhusen utmärker sig Länsjukhuset Ryhov i detta avseende (Figur 10).

FIGUR 9 ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR OCH UTLOKALISERADE PATIENTER PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER PER LANDSTING, SOMATISK VÅRD, 2013–2015



Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6).

FIGUR 10. ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR OCH UTLOKALISERADE PATIENTER PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER PER SJUKHUS, SOMATISK VÅRD, FÖR UNIVERSITETSSJUKHUS RESPEKTIVE LÄNSSJUKHUS, 2013-2015



Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6).

Avsaknad av nationella mätningar och gemsama definitioner i andra länder försvårar internationella jämförelser

I Socialstyrelsens delrapport ”Öppen jämförelse och utvärdering av överbeläggningar” från 2011 presenteras resultaten av en enkät som skickats ut till 33 länder rörande insamling och redovisning av statistik över överbeläggningar och utlokaliseringar (7). Enkätsvaren visar att systematiska uppföljningar på nationell nivå är något som sker i relativt liten utsträckning hos de tillfrågade länderna. Socialstyrelsen menar också att det även saknas en gemensam definition av termerna överbeläggningar och utlokaliseringar. Sedan enkäten genomfördes 2011 har flera länder systematiskt börjat mäta och publicera data för överbeläggningar och utlokaliseringar. Dock saknas det fortfarande gemensamma definitioner och då varken OECD, Eurostat eller WHO publicerar några internationella sammanställningar är jämförelser mellan länder svåra att göra.

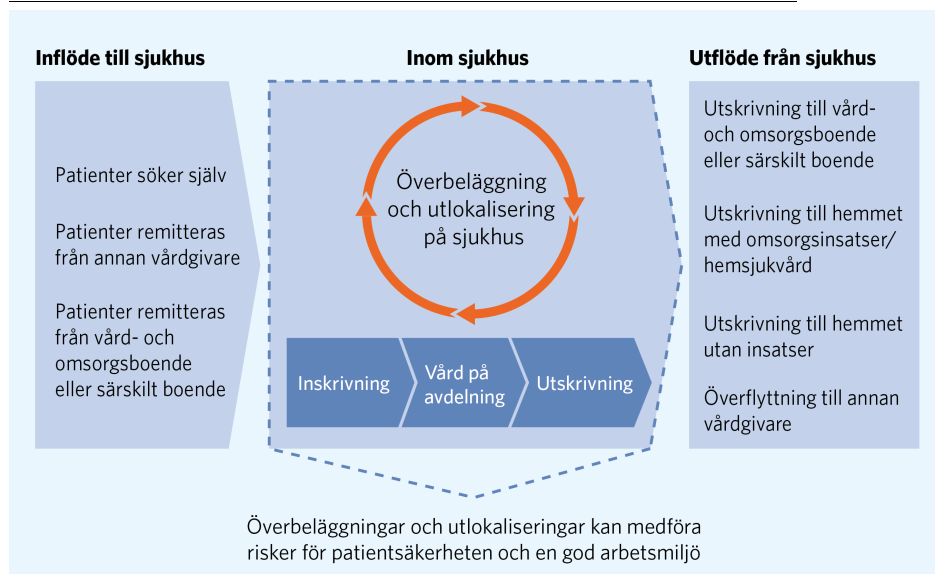
Vilka faktorer påverkar förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar?

Övergripande slutsatser från analyser i detta avsnitt:

- Landstingen skiljer sig åt med avseende på antal besök till akutmottagningarna, inskrivningsfrekvens på akutmottagningen och antal vårdtillfällen i slutenvård.
- Det är även skillnader mellan landstingen i medelvårdtider samt i det antal dagar som patienter är kvar på sjukhuset efter att de bedömts som utskrivningsklara.
- Ovanstående tyder på skillnader i hur vårdkedjan är organiserad och att patienters behov möts på olika sätt på olika håll i landet. Ingen av de faktorer som påverkar inflöde och utflöde till sjukhus (t.ex. antal vårdtillfällen, medelvårdtider, eller antal dagar som utskrivningsklara patienter är kvar på sjukhuset) och som analyserats i detta arbete, förklarar enskilt skillnader i förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar på landstingsnivå.
- Antalet disponibla vårdplatser per capita har minskat stadigt de senaste åren. Landstingen skiljer sig även åt i antal disponibla vårdplatser på sjukhusen.
- På landstingsnivå kan inte något samband mellan antal vårdplatser och förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar observeras.

För att förstå varför behovet av att överbelägga och utlokalisera patienter uppstår och vilka faktorer som bidrar till ett ansträngt vårdplatsläge behöver hela vårdkedjan analyseras, d.v.s. både hur och när patienter kommer till sjukhuset, vad som händer under vårdtiden, samt hur och när patienter lämnar sjukhuset – till hemmet eller nästa vård- och omsorgsnivå (Figur 11).

FIGUR 11. ILLUSTRATION AV PATIENTENS RESA I VÅRDSYSTEMET



En utmaning vid analys av vårdkedjan är begränsningar i nationell data. Exempelvis redovisas sällan data på sjukhusnivå vilket resulterar i att analyser över vårdkedjan får genomföras på landstingsnivå.

Det är stora variationer mellan landstingen både i antal akutmottagningsbesök och i inläggningsfrekvens

Socialstyrelsen gjorde år 2014 en enkätundersökning bland landets akutmottagningar, bland annat för att utröna skillnader i besöks- och inläggningsfrekvens (8). Denna undersökning visade att antalet besök på akutmottagningarna per capita varierade stort mellan landstingen; Gotland och Norrbotten rapporterade 283 resp. 271 besök per 1 000 invånare, medan Västmanland och Halland rapporterade 185 resp. 189 besök per 1 000 invånare. Endast besök av patienter 20 år eller äldre räknades med i denna statistik. Tänkbara förklaringar till dessa skillnader kan vara skillnader i tillgång till alternativa mottagningsformer för akutsjukvård, men även hur väl den prehospitala förebyggande vården inom primärvården möter patientens behov.

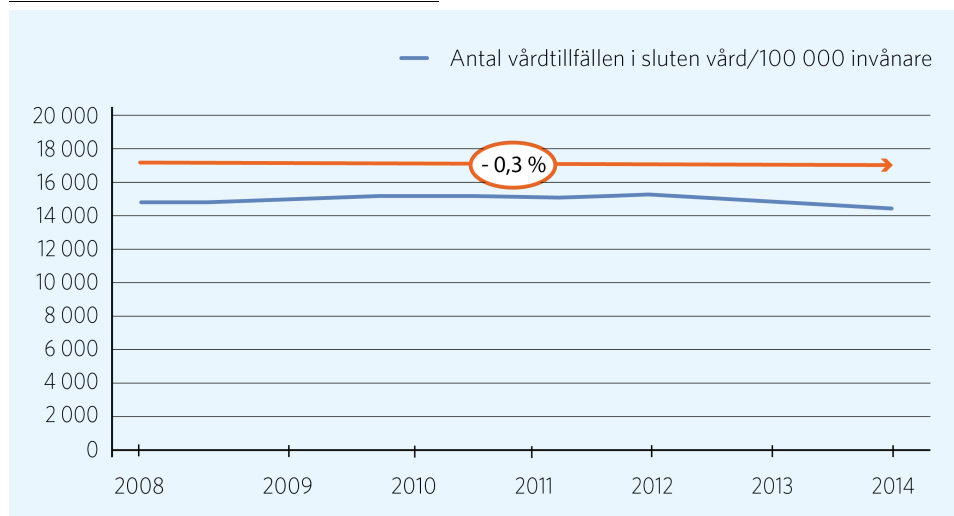
Undersökningen visade även att cirka en tredjedel av alla besök på akutmottagningen resulterade i en inskrivning på avdelning.

Inläggningsfrekvensen varierade dock stort mellan landstingen och mellan sjukhusen. Vid vissa akutmottagningar resulterade 13 % av besöken i en inskrivning medan motsvarande siffra var 51 % vid andra. Orsaker till dessa skillnader kan även här vara skillnader mellan landstingen i organisation av akutsjukvården och i vilken grad vården inom kommun och primärvård förebygger akutsjukvård. Jämförelser mellan landsting ska därmed göras med detta i åtanke (8) (9).

Antal vårdtillfällen i slutenvård per capita skiljer sig mellan landstingen

Antalet vårdtillfällen har varit relativt konstant men sjunkit något sett över åren (Figur 12). År 2014 gjordes totalt 1 480 660 vårdtillfällen i slutenvård vilket innebär drygt 15 000 vårdtillfällen per 100 000 invånare. Samtliga landsting har följt denna trend (10).

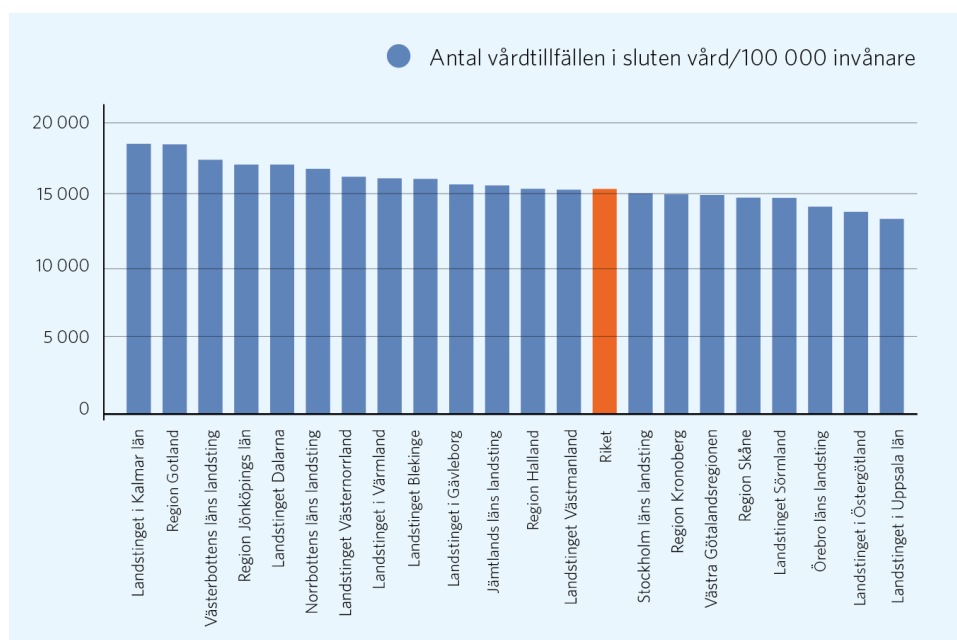
FIGUR 12. ANTAL VÅRDTILLFÄLLEN I SLUTENVÅRD PER 100 000 INV. INOM SOMATISK OCH PSYKIATRISK VÅRD



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (10).

Antalet vårdtillfällen i slutenvård per capita varierar avsevärt mellan landstingen, där Landstinget i Kalmar län har högst antal med 18 427 vårdtillfällen/100 000 invånare och Landstinget i Uppsala län har lägst antal med 13 724 vårdtillfällen/100 000 invånare (Figur 13). Skillnaderna kan även dessa sannolikt förklaras av skillnader mellan landstingen i hur vården är organiserad. Data från Socialstyrelsen visar att antalet besök i öppen vård (ej primärvård) har ökat i de flesta landstingen under samma period (10). Detta kan tolkas som ett resultat av att det på många håll görs försök att i högre grad flytta vården från slutenvård till öppen vård och/eller till patientens hemmiljö.

FIGUR 13. ANTAL VÅRDTILLFÄLLEN I SLUTEN VÅRD PER 100 000 INV. INOM SOMATISK OCH PSYKIATRISK VÅRD INOM RESP. LANDSTING, 2014



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (10).

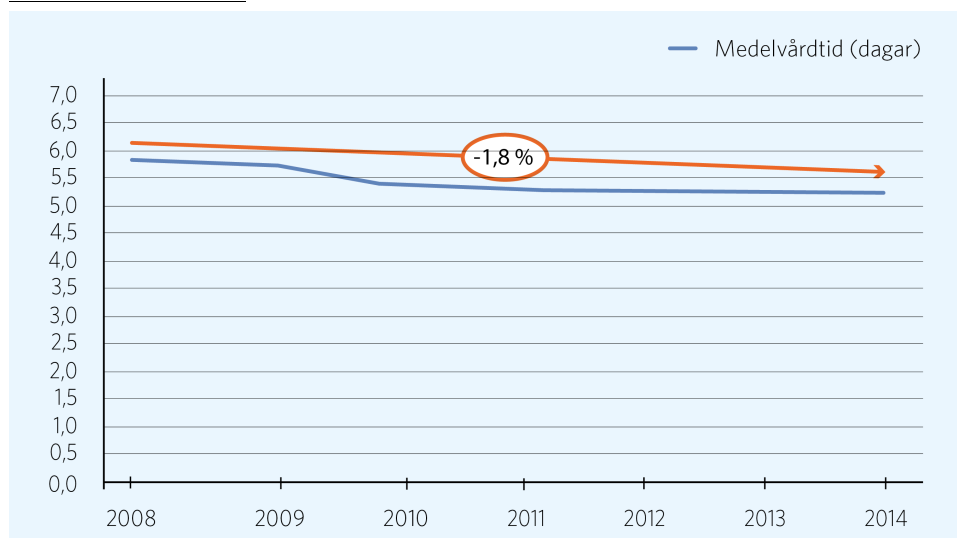
Vid analys av samvariation mellan antalet vårdtillfällen i slutenvård per capita och antal överbeläggningar och utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser på landstingsnivå ses inget samband ($R^2=0,00$). D.v.s. skillnader i antal vårdtillfällen förklarar inte skillnader i förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar.

Skillnaderna mellan landstingen i besöksfrekvens till akutmottagningarna, inskrivningsfrekvens och antal vårdtillfällen i slutenvård tyder på olikheter i hur vårdkedjan är organiserad på olika håll i landet. Eftersom patienters behov av akutsjukvård och slutenvård rimligtvis inte skiljer sig nämnvärt mellan landstingen, indikerar detta att patienters behov möts på olika sätt på olika håll i landet.

Medelvårdtiderna har sjunkit sett över åren, även här skiljer sig landstingen åt

En faktor i vårdkedjan som kan påverka antalet patienter som befinner sig inom slutenvård är längden på vårdtiderna. Mellan åren 2008-2014 har medelvårdtiden i slutenvård minskat med i snitt 1,8 % per år och år 2014 uppgick medelvårdtiden till 5,24 dygn (Figur 14).

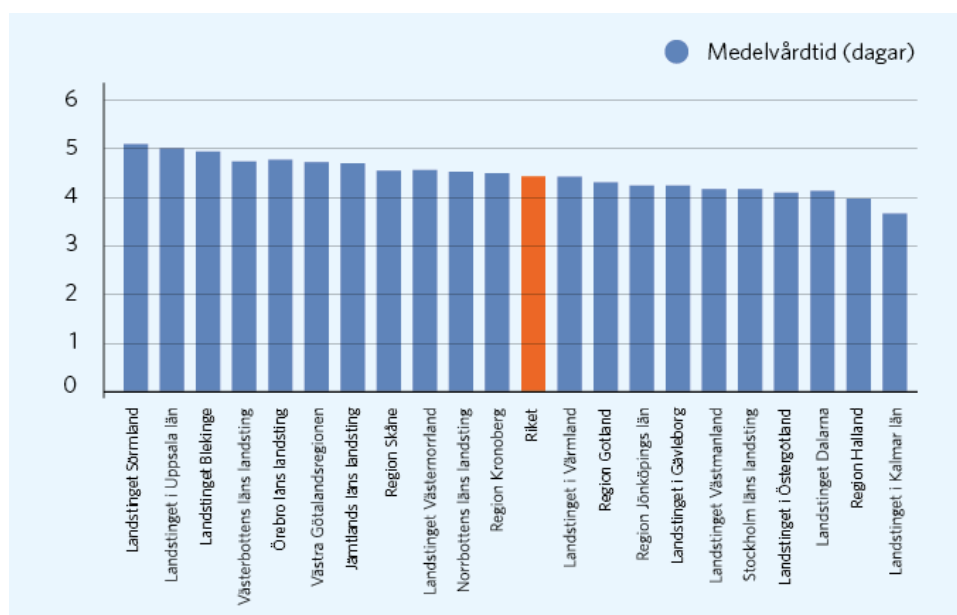
FIGUR 14. FÖRÄNDRING I MEDELVÅRDTID I DAGAR INOM SOMATISK OCH PSYKIATRISK VÅRD



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (10).

Bryts data ner på landstingsnivå kan vissa skillnader mellan landstingen i medelvårdtid skönjas (Figur 15). Södermanlands läns landsting hade år 2014 den högsta medelvårdtiden på 6,01 dygn och Kalmar läns landsting den lägsta på 4,35 dygn. Orsakerna till skillnaderna i medelvårdtid mellan landstingen kan vara flera; skillnader i vilken behandling sjukhusen bedriver, tillgång till särskilda geriatriska sjukhus, vårdtyngd hos patienter etc. Samverkan mellan vårdgivare (d.v.s. en god kommunikation och tydlig ansvarsfördelning) kan påverka såväl antal patienter som blir inskrivna samt längd på vårdtiden. Faktorer som ofta lyfts fram som orsaker till onödigt långa vårdtider är bristande kontinuitet i vården, t.ex. då patienter flyttas mellan avdelningar eller vid hög omsättning på vårdpersonal, förekomst av vårdskador, samt långa väntetider på undersökningar eller laboratoriesvar (2) (11) (12).

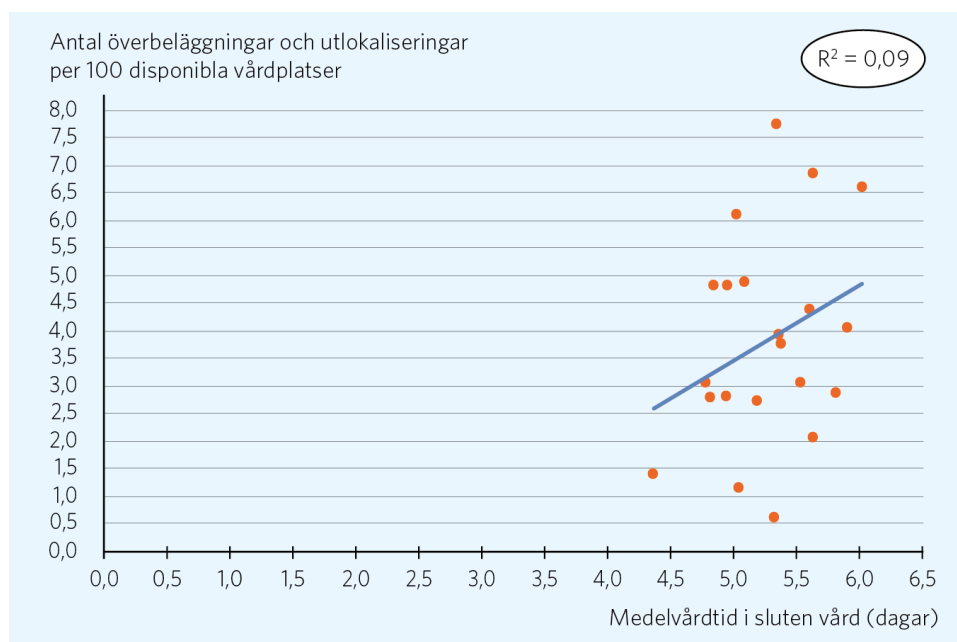
FIGUR 15. MEDELVÅRDTID I DAGAR INOM SOMATISK OCH PSYKIATRISK VÅRD INOM RESP. LANDSTING, 2014



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (10).

Skillnader i medelvårdtid verkar kunna förklara en liten del av skillnader i överbeläggningar. Medelvårdtid kan som enskild faktor förklara cirka 9 % av den skillnad i antal överbeläggningar och utlokaliseringar som vi kan observera mellan landstingen ($R^2=0,09$) (Figur 16).

FIGUR 16. MEDELVÅRDTID I DAGAR OCH ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR OCH UTLOKALISERINGAR PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER INOM RESP. LANDSTING, SOMATISK OCH PSYKIATRISK VÅRD, 2014



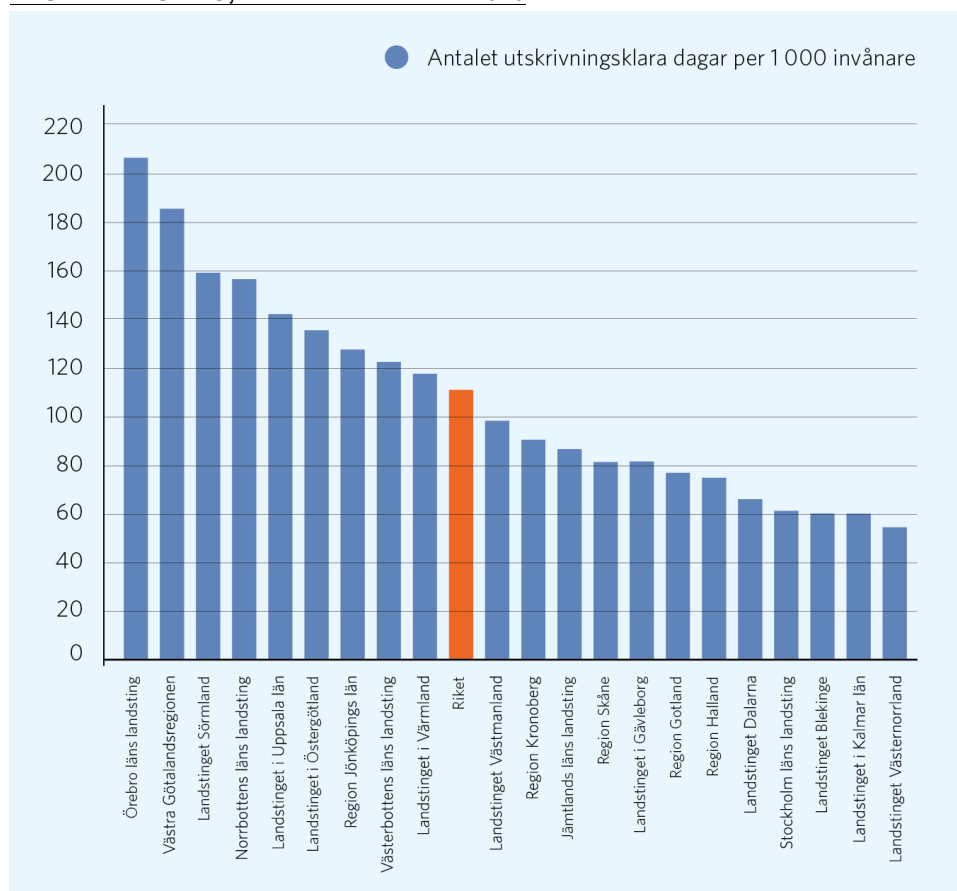
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (10), Landstingens rapporterade data, SKL (6).

Antal dagar som utskrivningsklara patienter är kvar inom slutenvård varierar mellan landstingen

En annan faktor som kan påverka medelvårdtiderna är om patienter som är medicinskt färdigbehandlade (utskrivningsklara) kan lämna sjukhuset direkt. Målsättningen är att en patient, så snart den är utskrivningsklar, ska kunna lämna sjukhuset oavsett om den ska flyttas över till en annan vård- eller omsorgsgivare eller inte. För de personer som inte längre är i behov av slutenvård, har andra vård- och omsorgsformer ofta större möjligheter att möta behoven och leda till ökad trygghet och förbättra upplevelsen av vården. Efter att patienten har bedömts som utskrivningsklar finns dock ett antal faktorer som gör att patienten inte alltid kan lämna sjukhuset direkt. Otillräcklig kapacitet i kommunen att ta emot patienterna är en utmaning som ofta framförs. I utredningen om en ny betalningsansvarslag som gjorts under hösten 2015, identifierades ett antal utmaningar till ett välfungerande utflöde, bl.a. bristande kommunikation och samverkan mellan slutenvård och primärvård och kommun, bristande samordning av patientens vård samt bristande rutiner kring utskrivning, t.ex. ordination och tillhandahållande av läkemedel (2).

Data från första halvåret år 2015 visar på stor variation mellan landstingen i antalet dagar som utskrivningsklara patienter har varit kvar inom slutenvård, där det landsting med högst antal dagar per invånare (Örebro) har ca tre gånger så många som det med lägst antal (Västernorrland) (Figur 17).

FIGUR 17. ANTALET UTSKRIVNINGSKLARA DAGAR PER 1 000 INVÅNARE INOM RESP. LANDSTING, ANDRA HALVÅRET 2015



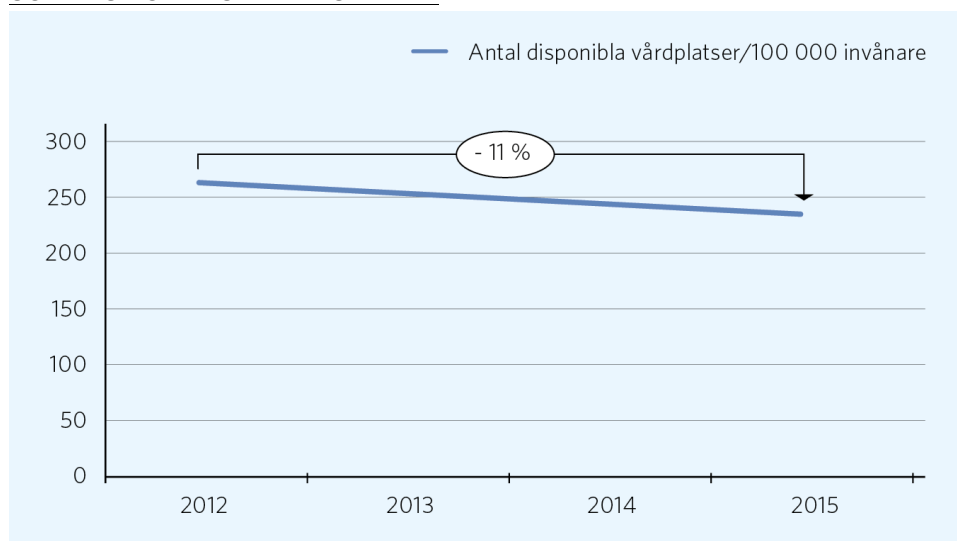
Källa: Öppna Jämförelser Vården i siffror 2016.

En övergripande analys visar att den tid som patienten är utskrivningsklar förklarar endast en liten del av de skillnader i medelvårdtider som observeras för landstingen ($R^2=0,08$). Det finns ingen samvariation på landstingsnivå mellan antalet dygn utskrivningsklara dagar och antalet överbeläggningar och utlokaliseringar per disponibla vårdplatser ($R^2=0,04$). Med andra ord, ett högt genomsnittligt antal utskrivningsklara dagar inom ett landsting kan i dessa analyser varken förklara långa medelvårdtider eller en hög förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar.

Antalet disponibla vårdplatser har minskat över tid för samtliga landsting

Som analyserna ovan visar har antalet vårdtillfällen inom slutenvård och medelvårdtiden inom slutenvård minskat de senaste åren (Figur 12 och Figur 14). Även antalet disponibla vårdplatser per invånare har minskat sedan inrapportering med de nya definitionerna påbörjades i oktober 2012 (Figur 18). Sverige har i jämförelse med övriga OECD länder ett lågt antal vårdplatser (2,6 bäddar jämfört med genomsnittet 4,8 bäddar/1000 invånare år 2013) och ligger lägst bland alla övriga europeiska länder (13).

FIGUR 18. ANTAL DISPONIBLA VÅRDPLATSER PER 100 000 INVÅNARE, SOMATISK OCH PSYKIATRISK VÅRD

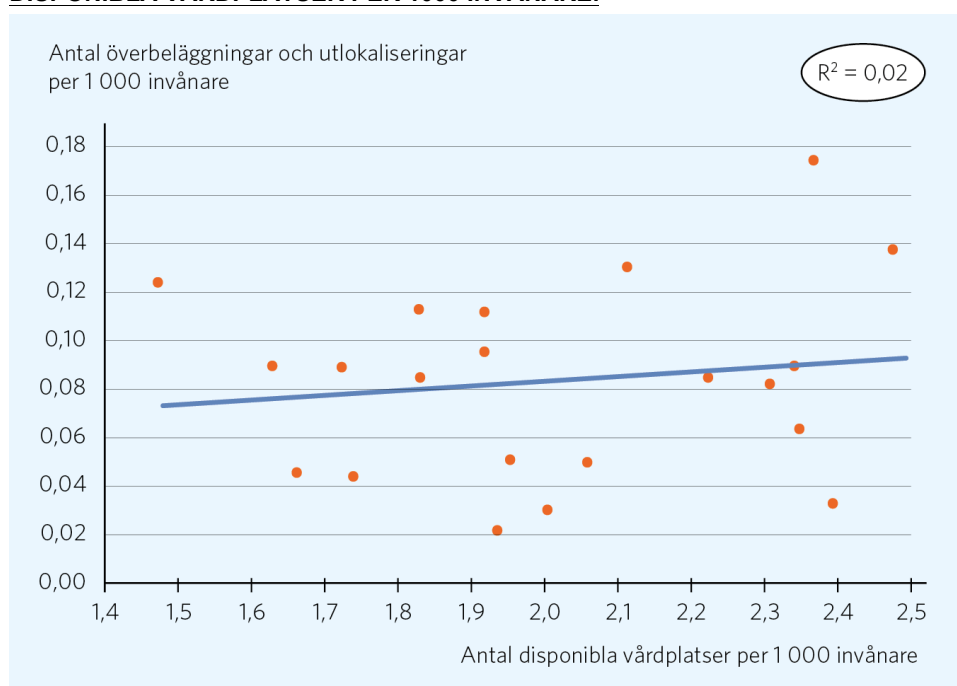


Baserat på medelantal disponibla vårdplatser per dag under oktober månad.

Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6) och Socialstyrelsens statistikdatabas (10).

Under den period som antalet disponibla vårdplatser sjunkit har alltså antalet överbeläggningar och utlokaliseringar ökat. Huruvida antalet disponibla vårdplatser har ett samband mellan överbeläggningar och utlokaliseringar är omdiskuterat (14). Vid analys på landstingsnivå mellan antalet disponibla vårdplatser och antalet överbeläggningar och utlokaliseringar observeras inget samband mellan ett ansträngt vårdplatsläge (mätt som hög frekvens överbeläggningar och utlokaliseringar) och ett färre antal disponibla vårdplatser (Figur 19).

FIGUR 19. ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR OCH UTLOKALISERINGAR OCH ANTAL DISPONIBLA VÅRDPLATSER PER 1000 INVÅNARE.



Medelantal överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser inom somatisk vård per dag under oktober 2015.

Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6) och Socialstyrelsens statistikdatabas (10)

Antalet disponibla vårdplatser per capita varierar avsevärt mellan landstingen (Figur 19) men samtliga landsting följer samma mönster av ett minskande antal disponibla vårdplatser (6) (10).

Innebär överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter några patientsäkerhetsrisker?

Övergripande slutsatser från analyser i detta avsnitt:

- Överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter innebär enligt Socialstyrelsens definition en risk för sämre vårdkvalitet.
- Som verkligheten ser ut kommer överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter att uppstå i perioder. Det är därför viktigt att förstå vari riskerna består för att kunna ha möjlighet att säkerställa en god och säker vård.
- Enligt tidigare studier ökar överbeläggningar risken för bl.a. smittspridning och läkemedelsfel och vid utlokalisering av patienter sker ofta brister i informationsöverföring och kontinuitet.
- Vid analys av data från markörbaserad journalgranskning förefaller patienter som har varit utlokaliserade ha en ökad risk för skador under vårdtillfället.

Definitionerna för överbeläggning och utlokalisering av patient innehåller en kvalitetskomponent. Per definition är alltså en överbeläggning eller utlokalisering något som potentiellt bidrar till en sämre vård och bör förebyggas. En överenskommelse mellan staten och SKL lade grunden för en patientsäkerhetsåtgärdsplan under åren 2011 till 2014 med syfte att öka patientsäkerheten. I en sammanfattande rapport från patientsäkerhetsåtgärdsplaneringen nämns ett antal kvarstående utmaningar (15), bland annat upplever vårdprofessionen bristande förutsättningar för att tillhandahålla en säker vård, t.ex. när vårdplats som till fullo uppfyller patientens vårdbehov inte kan erbjudas.

Patientsäkerhet innebär att skydda patienter från undvikbara skador i vården

Patientsäkerhet innebär att skydda patienter från vårdskador. Med vårdskada avses enligt Patientsäkerhetslagen "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (16). Vårdskador är vanligt förekommande: de nationella studier med MJG som har genomförts i SKL:s regi visade bland annat att det under 2013-2014 skedde en vårdskada vid 8,1 procent av vårdtillfällena (17).

Patientsäkerheten riskerar att äventyras på olika sätt vid överbeläggningar och vid utlokaliseringar av patienter

Överbeläggningar och utlokaliseringar har olika typer av konsekvenser för patienter och innebär därför olika typer av patientsäkerhetsrisker.

Som en del i arbetet att uppskatta riskerna med överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter, genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av tillgänglig forskning om sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador (7). Ett flertal studier visade på samband mellan överbeläggningar och medicinska risker, såsom ökad smittspridning, ökad infektionsrisk och ökad risk för läkemedelsfel, och även på samband med vård av sämre kvalitet.

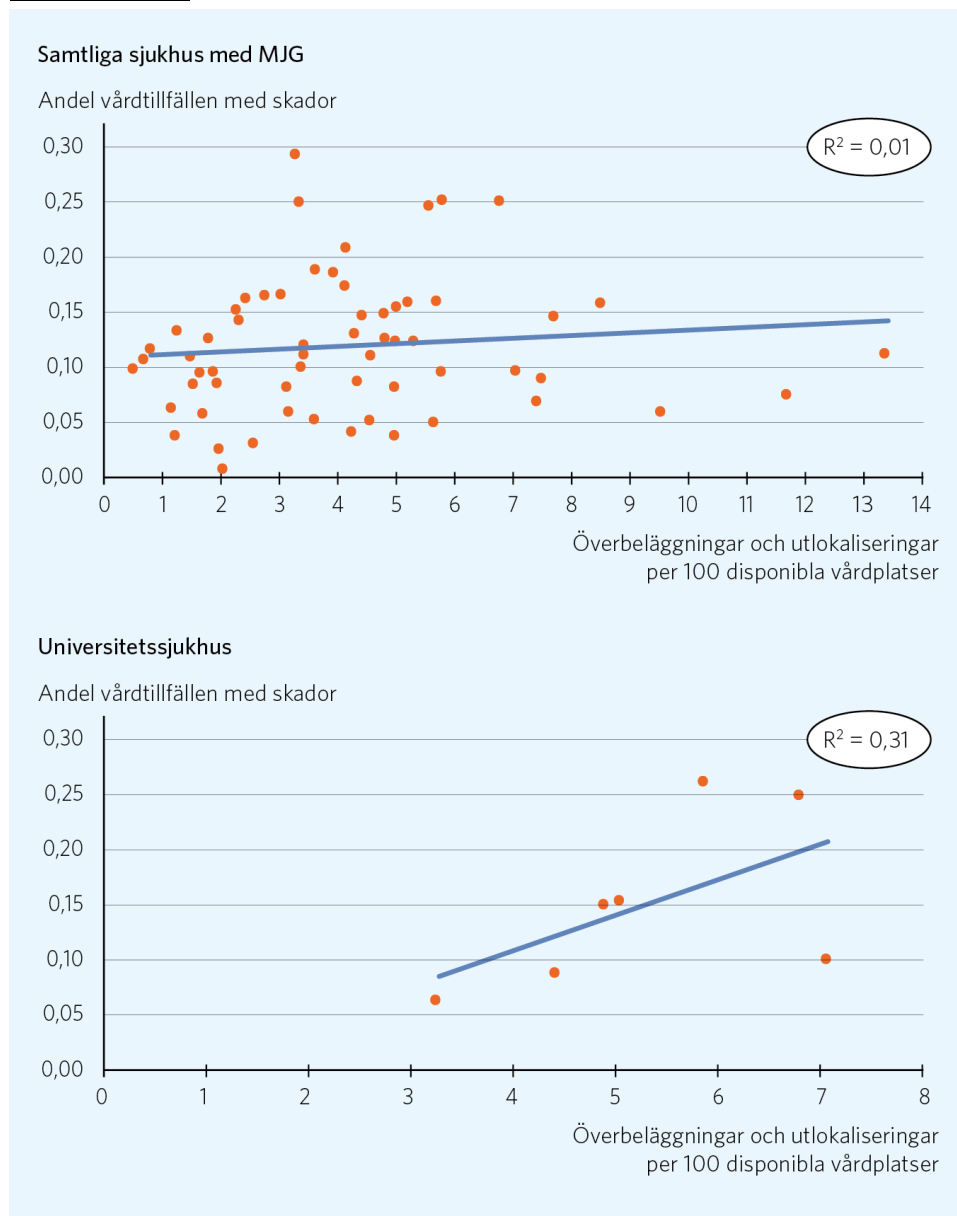
Socialstyrelsen genomförde även en granskning av tillsynsärenden kopplade till överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter, för att få kunskap och insikter om på vilka sätt som detta leder till brister i vårdkvalitet och negativa effekter på patientsäkerheten (7). I granskningen framkom det brister som framför allt rörde utlokaliserade patienter, bland annat:

- Bristfällig struktur och bristfälliga rutiner vid utlokalisering av patienter.
- Bristfällig kommunikation mellan vårdenheterna vid utlokalisering av patienterna som leder till oklarheter och minskar möjligheter till kontinuitet och uppföljning av genomförda åtgärder.
- Icke ändamålsenliga lokaler samt bristande specifik medicinsk kompetens hos vårdpersonal på den vårdande enheten, vilket bland annat innebär ökade risker i samband med medicinska ordinationer och läkemedelshantering för utlokaliserade patienter.

Vid analyser av data från markörbaserad journalgranskning observeras ett samband mellan skador i vården och överbeläggningar och utlokaliseringar

Med hjälp av data från arbetet med MJG kan samband mellan en hög andel vårdtillfällen med skador och ett högt antal överbeläggningar och utlokaliseringar analyseras. Vid analys av alla sjukhus med MJG-mätning under 2014 sågs inget samband men vid separat analys av de sju universitetssjukhusen observerades en viss korrelation (Figur 20).

FIGUR 20. ANDEL VÅRDTILLFÄLLEN MED SKADOR OCH ANTAL ÖVERBELÄGGNINGAR OCH UTLOKALISERINGAR PER HUNDRA DISPONIBLA VÅRDPLATSER



De skador som har uppstått på annat sjukhus har exkluderats.

Källa: Landstingens rapporterade data, SKL (6); Markörbaserad journalgranskning, 2014 (18).

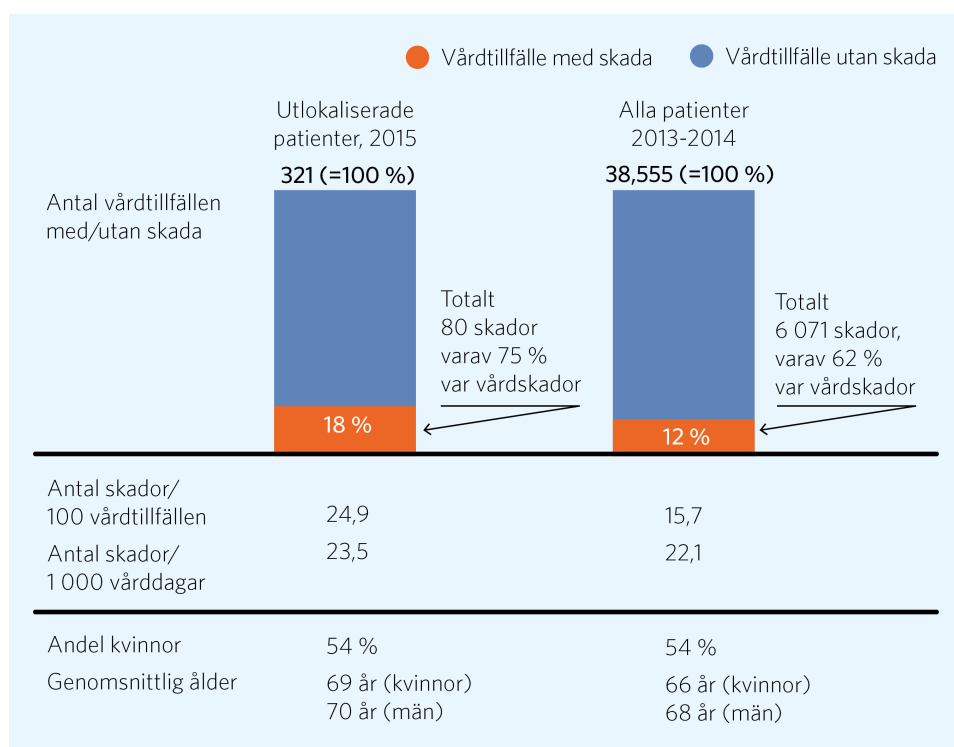
Vid den MJG-undersökning som genomfördes under år 2015 uppgavs det vid registreringen huruvida patienten var utlokaliserad under vårdtiden eller inte. Detta möjliggör analyser av dessa patienter på vårdtillfälles-nivå. Vid 321 av de journalgranskade vårdtillfällena under 2015 uppgavs att patienten varit utlokaliserad under vårdtiden, och under 58 (18 %) av dessa vårdtillfällen förekom det minst en skada. Av dessa var 75 % vårdskador.

I den granskade populationen från år 2013 och 2014 års mätningar (38 555 vårdtillfällen) förekom det en skada vid 12 % av vårdtillfällena och 65 % av skadorna var vårdskador (Figur 21).

Frekvensen av skador förefaller vara något högre i den grupp som har varit utlokaliserad under vårdtiden jämfört med populationen från 2013–2014. Viss försiktighet ska dock iaktas vid tolkning av dessa resultat. Bland annat hade de utlokaliserade patienterna i genomsnitt längre vårdtider (vilket både kan vara en ökad risk för och en konsekvens av skador och vårdskador) och en högre ålder, och inga justeringar har gjorts för dessa variabler i denna analys. Orsakerna till den till synes högre andelen vårdtillfällen med skador hos de utlokaliserade patienterna kan med andra ord vara många.

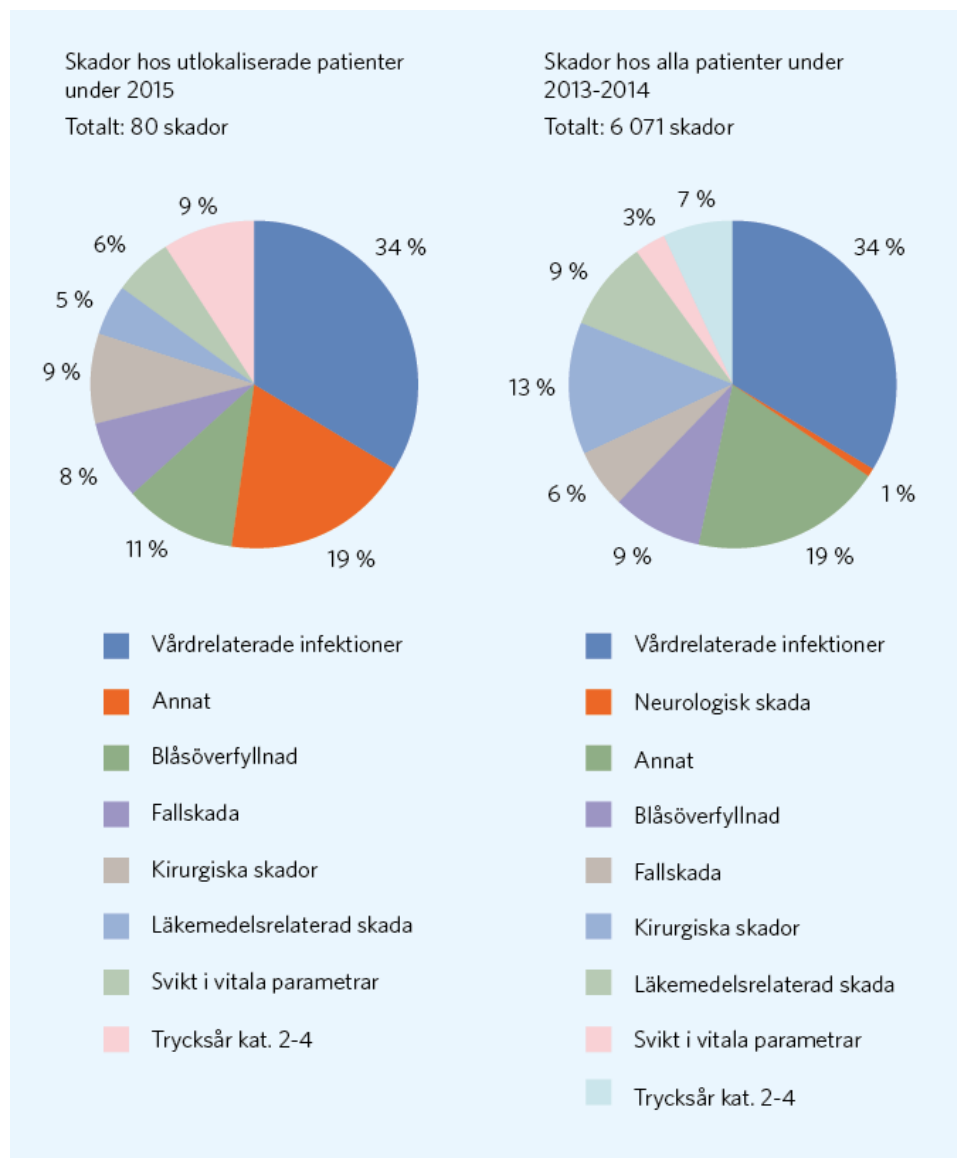
Typ av skador som uppstod vid de vårdtillfällen där patienten varit utlokaliserad verkar i stort sett följa samma mönster som i populationen från 2013–2014 och de flesta skador var lindriga till sin art (Figur 22 och Figur 23).

FIGUR 21. SKADOR OCH VÅRDSKADOR HOS UTLOKALISERADE PATIENTER (2015) RESPEKTIVE HOS SAMTLIGA PATIENTER (2013–2014)



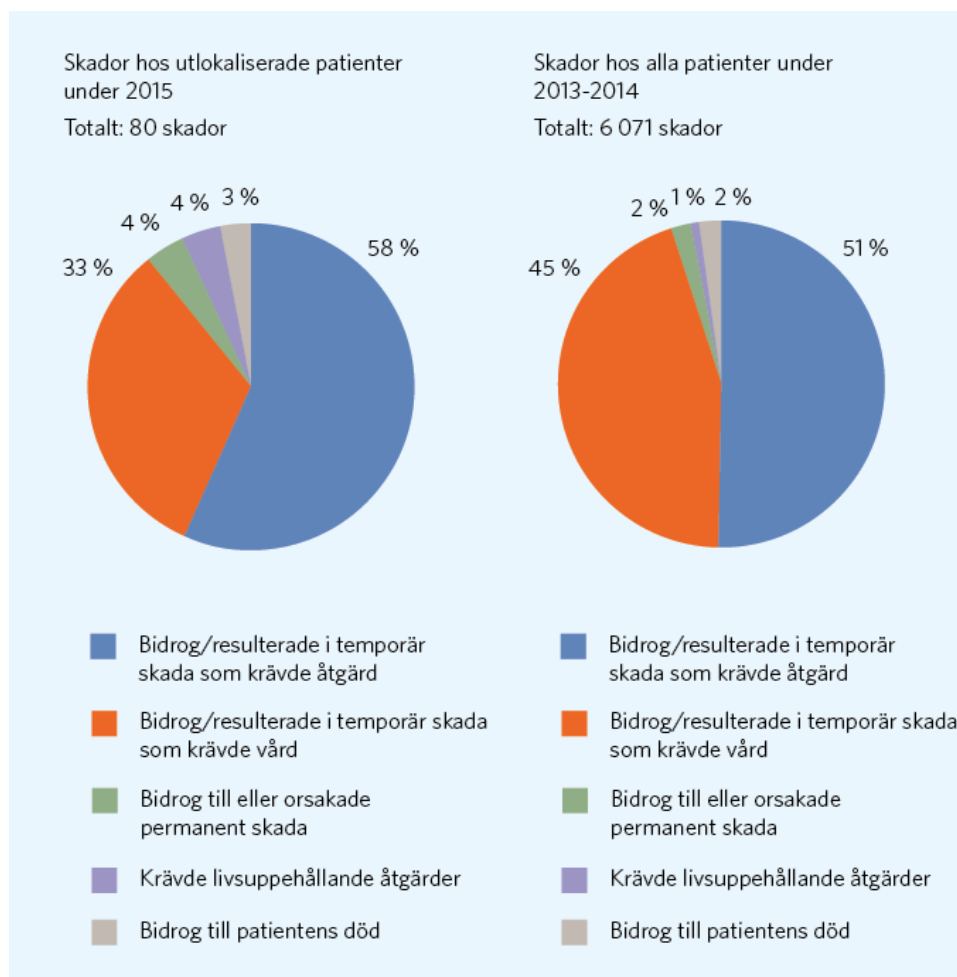
Källa: Markörbaserad journalgranskning, utlokaliserade patienter 2015; Skador i vården (17).

**FIGUR 22. TYP AV SKADA HOS UTLOKALISERADE PATIENTER (2015)
RESPEKTIVE HOS SAMTLIGA PATIENTER (2013-2014)**



Källa: Markörbaserad journalgranskning, utlokaliserade patienter 2015; Skador i vården (17).

FIGUR 23. ALLVARLIGHETSGRAD FÖR SKADOR HOS UTLOKALISERADE PATIENTER (2015) RESPEKTIVE HOS SAMTLIGA PATIENTER (2013–2014)



Markörbaserad journalgranskning, utlokaliserade patienter 2015; Skador i vården (17).

Vid analyser av data från punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) observeras inget samband mellan infektioner och överbeläggningar och utlokaliseringar

Inom ramen för patientsäkerhetsatsningen görs varje år en punktprevalensmätning av förekomsten av VRI inom slutenvård på landets sjukhus. Vid analys av samband mellan förekomsten av VRI under mätningen från våren 2015 (vecka 13–14) och antalet överbeläggningar och utlokaliseringar sågs inget samband på sjukhusnivå (19). Separat analys av endast universitetssjukhusen visade inte heller på något samband.

Ett permanent ansträngt vårdplatsläge kan innebära risker även på längre sikt

Patientsäkerhetsriskerna bör bedömas både utifrån ett kortsiktigt och ur ett långsiktigt perspektiv. Riskerna bör även bedömas både i utgångspunkt i risker för den enskilda individ som blir placerad på en icke-disponibel vårdplats eller utlokaliserad, och i utgångspunkt i vårdkvaliteten för övriga patienter på vårdavdelningen.

Ett exempel på långsiktig risk som även ökar vid en permanent ansträngd vårdssituation, är normalisering och en acceptans för situationen (7). Detta kan

bl.a. resultera i att patientsäkerhetsrisker inte bedöms och rapporteras som avvikelser. En genomgång från Västra Götalandsregionen där samband mellan beläggningsgrad och antalet rapporterade vårdskador undersöktes, visade att avdelningar med medelbeläggning över 100 procent rapporterades färre skador jämfört med övriga (20). På avdelningar med medelbeläggning på högst 100 procent var dock frekvensen rapporterade skador högre under dagar med överbeläggning. Författarnas tolkning av resultaten var att överbeläggningar ökar risken för vårdskador men att rapporteringsgraden minskar vid en hög medelbeläggning, exempelvis p.g.a. tidsbrist hos personal. Detta belyser även svagheten med att använda antalet rapporterade vårdskador som utfallsmått, eftersom underrapportering är ett vanligt fenomen.

Överbeläggningar och utlokalisering av patienter har även potentiellt negativa effekter för vårdpersonal och vårdprocesserna

Överbeläggningar bidrar till ökad arbetsbörda för vårdpersonal vilket, tillsammans med otillfredsställelse av att inte kunna erbjuda bästa möjliga vård, leder till stress och en försämrad arbetsmiljö för dessa (21). Utlokaliseringar ökar bland annat behov av informationsöverföring mellan vårdenheter vilket kan resultera i ett mindre effektivt vårdarbete. I en studie om utlokaliserade kirurgpatienter på Universitetssjukhuset i Linköping sågs ingen ökning i allvarliga vårdskador hos de utlokaliserade patienterna men både sjuksköterskor och läkare uppgav att de upplevde att de gav en sämre vård, att de kände stark oro för patientsäkerheten och att utlokalisering av patienter resulterade i ökad tidsåtgång och ineffektivt arbete (22). Författarna menar att vårdkoordinatorers arbete med att avgöra vilka patienter som är lämpliga att utlokaliseras (t.ex. att ”riskpatienter” inte utlokaliseras), spelar en viktig roll i att upprätthålla patientsäkerheten och kvaliteten.

3. Ett ramverk för medarbetare, verksamhetsledning och beslutsfattare

I detta kapitel kommer ett ramverk som innehåller ett antal förslag att presenteras. Förslagen baseras på det som har framkommit i kartläggningen, nulägesanalysen och expertintervjuerna och på ett antal goda exempel från olika verksamheter. Förslagen är formulerade som frågor och tanken är att dessa frågor ska kunna användas för att identifiera inom vilka områden inom verksamheterna det finns bra rutiner och var det finns förbättringsmöjligheter. Syftet med att strukturera frågorna i ett ramverk är att åskådliggöra att arbetet med att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter måste bedrivas på olika nivåer (mikro/meso/makro) och med hjälp av både strategiska, taktiska och operativa åtgärder.

Vem vänder sig ramverket till?

För att lyckas med att på ett säkert sätt förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter måste alla vara delaktiga – enskilda medarbetare, verksamhetsledning och centrala beslutsfattare. Eftersom de olika rollerna har olika ansvarsområden är ramverket uppdelat i grupp av mottagare.

Likaså förutsätter en välfungerande vårdkedja engagemang inom både slutenvård, primärvård och kommun. Ramverket vänder sig därför till *alla* vårdaktörer. Några av förslagen berör dock det som behövs göras inom slutenvård för att få en god och säker hantering av överbeläggningar och utlokaliseringar när de uppstår och dessa riktar sig därför till slutenvården. Likaså vänder sig några förslag specifikt till primärvården och kommunerna.

Vilka typer av åtgärder föreslås i ramverket?

Åtgärder på såväl strategisk, taktisk som operativ nivå krävs för att nå målet.

Förslagen på strategisk nivå berör främst vilka prioriteringar som behöver göras för att det övergripande målet ska kunna uppfyllas: *Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?*

Förslagen på taktisk nivå handlar om vilka åtgärder som behöver vidtas för att de strategiska ställningstagandena ska kunna uppnås: *Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin?*

På den operativa nivån listas de förslag som handlar om det som bör göras kontinuerligt: *Vad gör vi praktiskt varje dag?*

Förslagen som samlats i ramverket tar sin utgångspunkt i följande:

- Förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan förebyggas och minskas genom ett systematiskt och strategiskt arbete som involverar alla vård- och omsorgsaktörer i vårdkedjan.
- Överbeläggningar och utlokaliseringar kommer, bland annat på grund av fluktuationer både i antal inskrivna patienter och i antalet disponibla vårdplatser, att uppstå periodvis. De patientsäkerhetsrisker som kan uppstå vid överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan minskas om man inom slutenvården arbetar målinriktat med att identifiera och minska gapet mellan patientens behov och den kapacitet och kompetens som finns kring patienten.

I texten nedan presenteras ramverkets olika delar, uppdelat på grupp av mottagare. Några av de goda exempel som underbygger förslagen finns även beskrivna. Det ska poängteras att dessa exempel är ett urval – det finns ett stort antal ytterligare goda exempel på framgångsrika arbetssätt som inte beskrivs här.

I kapitel 4 beskrivs sedan ett antal arbetssätt beskrivna som bygger på och konkretiserar förslagen i ramverket. Tanken är att dessa ska kunna fungera som verktyg i arbetet med att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar.

FIGUR 24. RAMVERK MED FÖRSLAG

	MIKRO (Enskilda medarbetare)	MESO (Verksamhetsledning)	MAKRO (Centrala beslutsfattare)
Strategiskt Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?	<ul style="list-style-type: none"> Har jag en tydlig bild av hur min insats och min enhet passar in i ett välfungerande vårdflöde som möter patientens behov? 	<ul style="list-style-type: none"> Uppfattar vi den förankrade strategin som enkel och tydlig? Har vi en tydlig bild av hur vår verksamhet bidrar till en välfungerande vårdkedja som möter patientens behov? 	<ul style="list-style-type: none"> Finns det en beslutad strategi på ledningsnivå som innefattar sammanhållen vårdkedja? Förmedlar vi en tydlig inriktning av att vård och omsorg ska möta patientens behov? Har vi kritiskt omprövat ansvars- och resursfördelning mellan olika vård- och omsorgsaktörer?
Taktiskt Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin	<ul style="list-style-type: none"> Säkerställer jag ett konstruktivt förhållningssätt till min enhets vårdgrannar? 	<ul style="list-style-type: none"> Tillämpar vi LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagandenivå)? Har vi en ändamålsenlig planering så att effekten av förutsägbara orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar minimeras? Är vår planering avstämd med våra vårdgrannar? Har vår verksamhet en tillräcklig flexibilitet för att kunna ge en god och säker vård även vid ökat antal patienter? Har vi en ändamålsenlig bemanningsstrategi? Har vi i tillräcklig omfattning centraliserat vårdplats hanteringen? (sluten vård) 	<ul style="list-style-type: none"> Finns det en plan för hur olika aktörer bör samarbeta för att förebygga behovet av patienternas akutsjukvård/slutenvård? Främjar ekonomiska och icke-ekonomiska incitament den övergripande strategin och en god vård och gott omhändertagande av patienten? Arbetar vi långsiktigt med kompetensförsörjning inom alla vård- och omsorgsaktörer och med olika funktioner? Har vi organisatoriska strukturer mellan olika vård- och omsorgsaktörer?
Operativt Vad gör vi praktiskt varje dag?	<ul style="list-style-type: none"> Bidrar jag till en välfungerande vårdkedja genom att <ul style="list-style-type: none"> – skicka/skriva ut/ta emot patienter i rätt tid? – följa rutiner för informationsöverföring – underlätta samlad hantering av vårdplatssituationen genom transparent rapportering av vårdplatsläget? (sluten vård) Använder jag lokala riktlinjer, rutiner och verktyg? 	<ul style="list-style-type: none"> Har vi lokala riktlinjer som stödjer <ul style="list-style-type: none"> – ett välfungerande vårdflöde? – säker och god hantering av överbelagda och utlokaliserade patienter? (sluten vård) Säkerställer vi att riktlinjer, rutiner och verktyg sprids och tillämpas i organisationen? 	
	<p>Främjar och bidrar vi till en kultur där aktörer, verksamhet och medarbetare har en tydlig bild av sin del i en välfungerande vårdkedja med patienten i fokus? Efterfrågar och följer vi upp resultatet och agerar på dessa?</p>		

För dig som medarbetare (mikronivå)

Detta avsnitt vänder sig till dig som medarbetare, oavsett yrkesprofession, inom alla vårdaktörer – slutenvård, primärvård eller kommun.

För dig som medarbetare handlar det om att ha en uppfattning om den övergripande strategin och av planen för förverkligande av strategin, samt vad detta innebär för din egen insats. Du bidrar till uppfyllelse av den övergripande strategin genom de operativa åtgärderna, d.v.s. det som görs praktiskt varje dag.

Samtliga förslag i detta avsnitt vänder sig till medarbetare inom alla vårdaktörer – slutenvård, primärvård eller kommun.

VILKA FRÅGOR BÖR JAG SOM MEDARBETARE STÄLLA MIG?

- › Har jag en tydlig bild av hur min insats och min enhet passar in i ett välfungerande vårdflöde som möter patientens behov?
- › Har jag ett konstruktivt förhållningssätt till min enhets vårdgrannar?
- › Bidrar jag till en välfungerande vårdkedja och använder jag beslutade rutiner, riktlinjer och verktyg?

Ytterligare frågor som jag som medarbetare på sjukhus bör ställa mig:

- › Har jag som vana att skicka/skriva ut/ta emot patienter i rätt tid?
- › Följer jag rutinerna för informationsöverföring till andra vård- och omsorgsgivare?
- › Underlättar jag en samlad hantering av vårdplatssituationen genom en transparent rapportering av vårdplatsläget?

Ytterligare frågor som jag som medarbetare inom primärvård och kommun bör ställa mig:

- › Verkar jag för ett omhändertagande som möjliggör vård utanför sjukhuset?
- › Har jag som vana att identifiera risk för akutsjukvård?
- › Följer jag rutiner för informationsöverföring till andra vård- och omsorgsgivare?
- › Stöttar jag utskrivning i rätt tid av patienter som inte är i behov av sjukhusets resurser?
- › Följer jag aktivt upp åtgärder och minskar på så sätt risken för återinskrivning?

För en välfungerande vårdkedja krävs ett konstruktivt förhållningssätt mellan medarbetare inom enheternas vårdgrannar

På ledningsnivå tas strategiska beslut kring hur vårdkedjan ska utformas så att den blir sammanhållen och så att patientens behov möts på bästa sätt. För den enskilda medarbetaren handlar det om att skapa sig en bild av hur den egna insatsen och enheten passar in i denna vårdkedja.

För att den beslutade strategin ska kunna förverkligas krävs sedan att varje medarbetare har ett konstruktivt förhållningssätt till medarbetarna inom enhetens vårdgrannar. En vårdgranne kan vara en enhet inom den egna organisationen, t.ex. en annan vårdavdelning, men det kan också vara en enhet inom en annan vård- och omsorgsaktör.

Region Kronoberg har ett system med en så kallad LINK-sjuksköterska som bland annat har en slags kontrollfunktion genom att se till att rutiner för inskrivning, utskrivning och samordnad individuell vårdplan följs både inom slutenvård, primärvård och kommunen. Vid de tillfällen som något inte fungerar, exempelvis då en vårdenhets på sjukhuset har anmält en patient som utskrivningsklar för tidigt eller att kommunen inte erbjuder plats inom kommunal vård- och omsorg i rätt tid, tar LINK-sjuksköterskan kontakt med den aktuella enheten och problemet reds ut direkt. Arbetet har gett resultat i form av att problemen blir mindre frekventa och att dialogen mellan medarbetare inom de olika vård- och omsorgsverksamheterna blivit bättre med tiden.

”Mycket handlar om att ha tillit till varandra och utgå ifrån att alla gör sitt bästa.”

Sjuksköterska i ett landsting med få överbeläggningar och utlokaliseringar.

Varje medarbetare bidrar till en välfungerande vårdkedja

Enskilda medarbetares uppgift – på sjukhus eller inom primärvård eller kommun – är att tillhandahålla en god vård och omsorg till patienterna. Genom att följa lokala rutiner och riktlinjer bidrar varje medarbetare till en god vård och ett väl fungerande vårdflöde. Detta gäller såväl att ta emot och skriva ut patienter i rätt tid som att följa rutiner för informationsöverföring och rapportering av vårdplatsläge. Medarbetare inom primärvård och kommun kan genom aktiv uppföljning av medicinska och sociala åtgärder minska risken för återinskrivning på sjukhus.

För dig som verksamhetsledning (mesonivå)

Detta avsnitt vänder sig till dig som arbetar i verksamhetsledningen, exempelvis ledningen för ett sjukhus eller för en vårdverksamhet inom primärvård eller kommun. Det kan även vara ledningen för en avdelning, klinik eller enhet.

Din roll som verksamhetsledning är att se över hur den egna verksamheten kan bidra till den övergripande strategin och att fokusera på att vidta taktiska och operativa åtgärder som stödjer denna strategi.

Några av förslagen i detta avsnitt berör hanteringen av vårdplatser och vänder sig till verksamhetsledning inom slutenvård (se markering i texten). Alla övriga förslag vänder sig till representanter inom alla vårdaktörer.

VILKA FRÅGOR BÖR JAG SOM VERKSAMHETSLEDNING STÄLLA MIG OM DEN VERKSAMHET JAG LEDER?

- › Uppfattar vi den strategi som förankrats på ledningsnivå som enkel och tydlig?
- › Har vi en tydlig bild av hur vår verksamhet bidrar till en välfungerande vårdkedja som möter patientens behov?
- › Tillämpar vi LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagandenivå)?
- › Har vi en ändamålsenlig planering så att effekten av förutsägbara orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar minimeras? Är vår planering avstämd med våra vårdgrannar?
- › Har vår verksamhet en tillräcklig flexibilitet för att kunna ge en god och säker vård även vid ökat antal patienter?
- › Har vi en ändamålsenlig bemanningsstrategi?
- › Har vi lokala rutiner/riktlinjer som stödjer ett välfungerande vårdflöde?
- › Säkerställer vi att rutiner, riktlinjer och verktyg sprids och tillämpas i organisationen?

Ytterligare frågor som jag som verksamhetsledning på sjukhus bör ställa mig:

- › Har vi i tillräcklig omfattning centraliserat vårdplatsanläggningen?
- › Har vi lokala rutiner/riktlinjer som stödjer säker och god hantering av överbelagda och utlokaliserade patienter?

Verksamhetsledning inom slutenvård, primärvård och kommun behöver, förutom att ha en förståelse för den förankrade strategin, även ha en tydlig bild av hur den egna verksamheten bidrar till en välfungerande vårdkedja

För en välfungerande vårdkedja behöver verksamhetsledning för samtliga involverade aktörer ha en gemensam målbild. Tillfällen då representanter från huvudmännen kan träffas kan ge positiva effekter, dels genom att goda relationer etableras, dels genom att det för alla blir tydligt hur ens egen verksamhet bidrar positivt till vårdflödet. En struktur för gemensamma och regelbundna mötesforum kan därför vara ett viktigt verktyg.

Ett exempel på en process där respektive vård- och omsorgsaktör förtydligat bilden av sin roll i vårdflödet utifrån den övergripande strategin är från Skellefteå, där ett fördjupat samarbete på verksamhetschefsnivå inleddes med representanter från slutenvård, primärvård och Skellefteå kommun. Bakgrunden till samarbetet var att det i data för kvalitetsmått hade noterats ett högt antal dagar som utskrivningsklara patienter var kvar på sjukhuset och det

konkreta målet var att minska denna tid, utifrån grundprincipen att ingen ska vara på sjukhuset i onödan. Representanterna samlades regelbundet för gemensam problemformulering, definiering av var och ens ansvar, samt gemensam uppföljning av följsamhet till de beslut som tagits. Arbetet resulterade i avsevärt förbättrade resultat i kvalitetsmåten. Dessutom upplevde parterna att de fick en ökad tillit till varandra. Några faktorer har lyfts fram som centrala för samarbetet och de goda resultaten: att grundprinciper och en gemensam målsättning formulerades på central beslutsfattarnivå, att alla representanter från alla aktörer tog problemet på allvar och såg det som viktigt med en förändring, samt att det fanns tillgång till gemensam data och kvalitetsmått.

”Vi samlades kring ett gemensamt mål och utgångspunkten var att detta är något som vi ska lösa tillsammans”

Beslutsfattare inom verksamhet som arbetat aktivt med att förbättra vårdplatssituationen.

Det finns ett antal förslag på taktiska åtgärder som stödjer en välfungerande vårdkedja och som verksamhetsledningen kan använda sig av.

LEON-principen handlar övergripande om att patienter ska vårdas på rätt vårdnivå, där utmaningen är att identifiera konkreta arbetssätt som säkerställer detta

LEON står för lägsta effektiva omhändertagandenivå. Tillämpning av LEON-principen kan bland annat innebära:

- Införande av arbetssätt som har fokus på att förebygga undvikbar akutsjukvård, t.ex. bedömningsstöd till sjuksköterskor i kommunen, och identifiering av riskpatienter och riktade åtgärder till dessa.
- Organisering och bemanning av akutmottagningarna för att öka möjligheterna för att de patienter som söker akutsjukvård direkt hamnar på optimal vårdnivå och inom rätt specialitet.
- Rutiner som stöder utskrivning i rätt tid.

Det finns flera goda exempel på hur arbetet kan utvecklas enligt LEON-principen, både gemensamt i ett vårdsystem eller hos enskilda verksamheter. Nedan visas några goda exempel på ett sådant arbete.

Standardiserade bedömningsstöd med fokus på att patienten får vård på optimal vårdnivå

I den samverkansmodell (ViSam) för vårdplanering och informationsöverföring som har utvecklats i Örebro ingår ett beslutsstöd för sjuksköterskor inom kommunal vård och omsorg (24). Tanken är att verktyget ska fungera som stöd för sjuksköterskan att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Verktygen ska möjliggöra en strukturerad bedömning, öka möjligheten till att patienten ska få vård på optimal vårdnivå, och säkra informationsöverföringen till nästa vårdgivare. En förutsättning är att läkare finns tillgänglig på telefon för sjuksköterskan. I utvärderingar har arbetet bl.a. visat på resultat i form av minskat antal besök på akutmottagningen.

Identifiering av patienter med hög risk för återkommande akutsjukvård och riktade insatser till dessa

När det på Ängelholms sjukhus upptäcktes att en betydande del av de gamla och multisjuka patienter som vårdades inom slutenvård primärt inte var i behov av specialiserad slutenvård, skapades ett mobilt team. Teamet gör hembesök hos patienter med behov av akutsjukvård och består av läkare från slutenvården, sjuksköterskor från primärvård eller slutenvård, samt en sjuksköterska från kommunen med mandat att fatta biståndsbeslut. Målet med detta arbetssätt är att erbjuda patienter vård på optimal vårdnivå och att minska undvikbar slutenvård. Efter en tid med denna arbetsmodell kunde ett antal patienter identifieras för vilka ett akutsjukvårdsbehov ofta uppstod, och för dessa patienter utformades ett proaktivt och uppsökande arbetssätt med riktade insatser av ett närsjukvårdsteam. Sedan de mobila teamen skapades har behovet av vårdplatser inom slutenvård minskat. Arbetssättet håller nu på att utvecklas genom att samtliga återinläggningar inom 30 dagar analyseras, riskpatienter identifieras, och dessa ”punktmarkeras” och erbjuds riktade och förebyggande insatser.

Ett annat sätt att identifiera personer som behöver särskilt omhändertagande är Geriatrisk riskprofil, vilket används på flera håll i landet. De personer som identifieras får stöd i form av olika åtgärder, exempelvis ett individanpassat stöd genom en fast vårdkontakt (oftast en distriktssköterska) som utformar olika åtgärder beroende på patientens behov.

”Behovet av vårdplatser på sjukhuset har minskat genom att insatserna riktas till de som behöver dem och får hjälp av dem”

Verksamhetschef i landsting som arbetar systematiskt med förebyggande insatser.

Mobila multiprofessionella geriatriska team med fokus på att minska behovet av slutenvård

Region Jönköpings län har startat upp arbete med mobila geriatriska team, bestående av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, apotekare, logoped och dietist, som gör hembesök hos patienten, kompletterat med telefonkontakt. Syftet är att skapa trygghet i hemmiljö och förhindra inläggning på sjukhuset. Tanken är även att arbetssättet ska stärka patientens och anhörigas delaktighet i vårdens utformning och att teamet ska kunna fungera som utbildningsresurs för personal inom hemsjukvården och hemtjänsten.

Bemannning med hög medicinsk kompetens på akutmottagningen som syftar till att öka möjligheten för att patienterna hamnar på rätt vårdnivå

Södersjukhuset i Stockholm arbetar enligt ett teambaserat arbetssätt med en specialistläkare som flödesledare på akuten, vilken gör en initial medicinsk bedömning av patienten samt initierar eventuella åtgärder, t.ex. remittering till geriatriken. Dessutom påbörjas vårdplanen så snart som möjligt efter inskrivning. Arbetssättet har resulterat i kortare väntetider på akutmottagningen och minskad inläggningsfrekvens. Sjukhusen inom Region Kronoberg har bemanning med specialistläkarkompetens på medicinsidan på akutmottagningen. Representanter från både primärvård och slutenvård vittnar om att detta har ökat möjligheterna till kvalificerade medicinska beslut om inläggning och att en plan för utredning och behandling tas fram från början.

Hemtagningssteam med syfte att ge en trygg och säker hemgång i rätt tid

Eksjö kommun arbetar med hemtagningssteam då patienten skrivs ut från sjukhuset. Detta innebär att endast en kortare vårdplanering görs på sjukhuset

och den grundliga planeringen görs istället i hemmet med en grupp från hemtjänsten som är specialiserad på detta. I arbetssättet ingår att patienten får utökat stöd av hemsjukvården under de första två veckorna efter utskrivning med syfte att möta de behov som finns och uppstår under denna period. Fördelar som nämns med detta arbetssätt jämfört med att göra vårdplanering under sjukhusvistelsen är att planeringen sker i lugn och ro, att det ger en ökad trygghet för patienten samt att det ökar möjligheten att patienten hamnar på rätt vårdnivå och slipper flytta omkring eller bli återinlagd.

”Arbetssättet med hemtagningsteam ökar möjligheterna att se till den enskilda individens behov och önskemål och att låta brukaren vara delaktig i planeringen”

Sjuksköterska i verksamhet som arbetar aktivt med att förbättra utskrivningsprocessen.

Planering av vård och omsorg bör göras så att effekten av förutsägbara orsaker till ett ansträngt vårdplatsläge minimeras

Produktions- och resursplanering handlar om att bedöma dels vilken vård som behöver utföras för att kunna möta patienternas behov, dels vad som behövs för att möta detta behov. Vid produktionsplanering görs en analys och bedömning av det samlade vårdbehovet under en viss period, vilket även innefattar en bedömning av eventuella variationer över tid. Genom en välfungerande planering kan effekten av förutsägbara orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar minskas. I produktionsplaneringen ingår även att mäta och följa upp beläggningsgrad för varje enhet, analysera detta och använda som grund för framtida planering.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset såg utifrån mätning och uppföljning att det var mer resurseffektivt att samordna och ha färre avdelningar öppna än att stänga halva avdelningar. Vid planering inför sommaren togs därför beslutet att tillfälligt slå ihop två avdelningar som låg fysiskt nära varandra, trots att de var inom olika specialiteter. Sammanslagningen planerades i god tid så att berörda medarbetare kunde förbereda sig. De noggranna förberedelserna bedömdes vara av central betydelse och en bidragande orsak till att medarbetarna upplevde sammanslagningen som positiv. Ett ytterligare exempel från Sahlgrenska på försök till optimerat användande av resurser är att differentiera vårdnivåerna inom vårdavdelningen genom att t.ex. bemanna rum med utskrivningsklara patienter med lägre antal sjuksköterskor och istället ökat fokus på omvårdnad.

”Det absolut viktigaste för att undvika överbeläggningar och utlokaliseringar är att ha rätt antal vårdplatser utifrån behov och specialitet och att kontinuerligt göra den analysen vid planering av vårdproduktionen.”

Verksamhetsledning på sjukhus med minskning i antalet överbeläggningar och utlokaliseringar.

En verksamhet med högre flexibilitet ökar möjligheterna för en god och säker vård även vid ett ökat antal patienter

En annan taktik för att på ett patientsäkert sätt kunna möta fluktuationer i vårdflödet är genom att ha ett antal flexibla vårdplatser som kan fungera som ”dragspel”. Karolinska Universitetssjukhuset har en struktur med ett relativt sett stort antal icke klinikbundna platser, dels på akut kortvårdsavdelning (AKVA), som är lokaliserad på akutmottagningen och där patienter stannar i max 12 timmar, dels på akutvårdsavdelning (AVA) där patienter som bedöms ha behov av vård i max 72 timmar skrivs in. Av de patienter som vårdas på AKVA återgår 90 % till sin ordinarie vistelseform efter de 12 timmarna. Patienter som vårdas på AVA skrivs antingen ut inom 72 timmar alternativt flyttas till lämplig

vårdavdelning för att där slutvårdas. Eftersom AKVA och AVA har en högre bemanningsnivå jämfört med andra vårdavdelningar samt har möjlighet att ta emot patienter på jourtid, minskar trycket på andra vårdavdelningar under dessa tider på dygnet. Detta ger en tryggare arbetssituation för vårdpersonalen. Strukturen med flexibla vårdplatser på AKVA och AVA har även visats minska medelvårdtiderna.

Andra sjukhus har vårdavdelningar med tomma fysiska platser som kan bemannas och bli disponibla när ett större behov av vårdplatser uppstår.

För kommunerna kan en ökad flexibilitet nås genom att omfördela mellan olika typer av platser, t.ex. mellan korttids-/ordinarie platser på särskilt boende eller mellan olika typer av resurser, ex. omfördelning mellan olika delar av kommunal hemsjukvård.

En ändamålsenlig bemanningsstrategi syftar till att öka möjligheterna att möta en fluktuerande arbetsmängd men har även andra positiva effekter

En ändamålsenlig bemanningsstrategi innebär att ha en arbetsfördelning och organisering som ger en klok användning av tillgängliga resurser och som gör att det aktuella behovet av vård kan mötas. Ett exempel på utvecklade arbetsätt kring arbetsfördelning är modeller för ”task-shifting”, som handlar om att förflytta arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier i syfte att nå ett bättre nyttjande av personalresurserna. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har arbetat strukturerat med att utveckla möjligheter inom detta område och har bland annat infört arbetssätt där farmaceuter avlastar sjuksköterskor genom att ansvara för beställning och beredning av läkemedel, och fysioterapeuter som avlastar läkare och sjuksköterskor genom att ansvara för uppföljningsbesök av viss ryggkirurgi. Arbetssättet har frigjort tid för belastade yrkeskategorier och därmed lett till högre resursutnyttjande. Utvärderingar har även visat på resultat i form av färre avvikelser och ökad patientnöjdhet. Task-shifting behöver naturligtvis inte begränsas till slutenvård. Det finns ett flertal exempel på där primärvården har apotekare som avlastar läkare vid läkemedelsgenomgångar och där administrativa uppgifter utförs av administrativ personal istället för av sjuksköterskor.

”Förutom att det förändrade arbetssättet har frigjort tid för belastade yrkeskategorier, har arbetet visat på resultat i form av färre avvikelser. Många medarbetare upplever även att man i högre utsträckning har arbetsuppgifter som ligger inom ens egen yrkesroll”

Projektleddare i en verksamhet med strukturerat arbete med task-shifting.

Ett annat exempel på kapacitetsplanering är att hitta sätt att samarbeta mellan vårdavdelningar för att optimera resursnyttjandet och öka säkerheten vid en ansträngd vårdplatssituation. Karolinska Universitetssjukhuset har organiserat detta genom en struktur med ”klusteravdelningar” som går ut på att avdelningar inom liknande specialiteter, t.ex. inom kirurgi, samarbetar. Målet med denna struktur är att minimera antalet olika typer av patienter på en vårdavdelning vid utlokaliseringar, och därmed öka tryggheten för vårdpersonalen samt öka möjligheten för mer patientsäkra utlokaliseringar av patienter. Dessutom är tanken att detta kan ge ökade möjligheter till att förflytta personal mellan vårdavdelningar inom klustret och på så sätt optimera nyttjande av resurser. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har istället valt att samarbeta med de vårdavdelningar som ligger fysiskt nära och lyfter fram de logistiska fördelarna med detta arbete och ser även vinster i att sjuksköterskor ges möjlighet till kompetenshöjning genom att vårda andra typer av patienter.

Förslagen nedan vänder sig till verksamhetsledning inom slutenvård

Så länge vården inte är helt dimensionerad efter de behov som finns så krävs en aktiv central vårdplatskoordinering för att ett effektivt resursutnyttjande ska kunna nås

Målsättningen är att vården ska dimensioneras efter det behov som finns samt anpassas efter behoven. Dock är vi inte där idag och det behövs därför metoder för att planera och koordinera vårdplatser som gör att fluktuationer i patientflödet kan hanteras på ett sätt att överbeläggningar och utlokaliseringar i så stor utsträckning som möjligt undviks och att de, när de uppstår, kan hanteras så patientsäkert som möjligt.

Alla sjukhus arbetar mer eller mindre aktivt med vårdplatskoordinering. Ett antal nyckelkomponenter har av representanter från några av de sjukhus som arbetar aktivt med detta lyfts fram som viktiga i en central vårdplatskoordinering:

- **Central grupp för vårdplatshantering på ledningsnivå** som är ytterst ansvariga för att planering och koordinering av vårdplatser genomförs. Engagemang från ledningen i vårdplatsfrågan framhålls också ofta som mycket viktig.
- **Systematisk rapportering av vårdplatsläget.** Inrapportering av vårdplatser ska vara transparent och enhetlig. På Länssjukhuset Ryhov görs inrapportering under ett dagligt gemensamt möte med samtliga vårdenhetschefer. Vårdplatsläget åskådliggörs visuellt för alla som är med på mötet och aktuella behov och resurser för varje vårdenhets gås igenom. På sjukhusen i Kronoberg sker rapporteringen istället till vårdplatskoordinatorer som fysiskt besöker vårdavdelningarna.

Det som ofta framhålls som centralt gällande rapportering av vårdplatsläge är att bedömning av vårdplatsläge görs utifrån såväl antalet patienter som deras aktuella vårdbehov, balanserat mot tillgänglig kapacitet och kompetens. Med andra ord bör bedömning inte bara göras utifrån ett numerärt antal patienter och tillgängliga platser utan även utifrån t.ex. hur vårdtunga patienterna är och vilken kompetens som personalen har. Vikten av att det på varje vårdavdelning finns en person med definierat ansvar för att överblicka vårdplatsläget på avdelningen och ha kontakt med vårdkoordinatorer kring platsläget understryks också ofta.

En tydlig strävan att minska tiden efter det att patienter skrivs ut och innan en ny patient kan skrivas in är viktigt för optimalt nyttjande av vårdplatser, och det behövs rutiner som stödjer detta.

Även värdet av IT-system som stödjer visualisering av vårdplatsläget framhålls ofta, ett välfungerande sådant saknas dock på många håll.

För att säkerställa transparent och enhetlig inrapportering av vårdplatsläget från alla vårdavdelningar krävs regelbunden och sjukhuscentral uppföljning.

- **Aktiva vårdplatskoordinatorer** som har tydligt mandat från sjukhusledningen och även god kännedom och goda kontakter både inom verksamheterna på sjukhuset och utanför sjukhuset. De

vårdkoordinatorer som arbetar på de ställen som har lyckats väl med att minska antalet överbeläggningar och utlokaliseringar, arbetar även med en tydlig målsättning om att rätt patient ska hamna på rätt plats från början, vilket ökar möjligheten för effektiva vårdprocesser och därmed kortare vårdtider. De extra resurser som krävs för att bemanna med vårdkoordinatorer, bedöms ofta sparas in genom kortare handläggningstider på akuten, förenklade och mer effektiva processer samt att en större andel patienter hamnar på ”rätt” vårdenhet.

- **Strukturerad återkoppling och uppföljning av data.** Liksom inrapporteringen ska återkoppling tillbaka till vårdenheterna ske kontinuerligt och transparent och följas av analys. Data kan sedan användas som underlag för framtida produktionsplanering, av både högsta verksamhetsledning och klinisknära verksamhetsledning.
- **Säker och god hantering av överbeläggningar och utlokaliseringar.** I detta ingår att ha sjukhusgemensamma riktlinjer med tydlig prioritering av vilka patienter som är lämpliga att utlokaliseras samt att ha fastställda lokala rutiner vid utlokalisering av patienter. Dessutom krävs en tydlig definition av situationer vid vilka det bedöms vara en ökad risk samt en koppling till konkreta åtgärder. Systematisk uppföljning och riskanalys av avvikelser som uppstår i samband med överbeläggning och utlokalisering av patienter måste också göras. Vikten av att det är tydligt definierat vem på varje vårdenhet som har ansvar för säker hantering av överbeläggningar och utlokalisering av patienter framhålls av många.

På varje nivå och för varje uppgift är det ytterst viktigt att det är klart och tydligt definierat vem som är ytterst ansvarig för vad och som kan fatta de beslut som krävs.

”Vår modell för planering och hantering av vårdplatser har gjort att vi nu pratar om vår patient istället för min patient.”

Vårdplatskoordinator på sjukhus med minskning i antal överbeläggningar och utlokaliseringar.

”Vårdkoordinatorer har helikopterperspektiv. Det finns inget skäl för några vårdenheter att ”hålla på” platser och det är därför inte heller något tjafs.”

Vårdplatskoordinator på sjukhus med få överbeläggningar och utlokaliseringar.

”Det måste vara solklart definierat vem som har det yttersta ansvaret. Detta gäller för varje nivå och för varje arbetsuppgift”

Verksamhetsledning på sjukhus med minskning i antal överbeläggningar och utlokaliseringar.

Framtagande och kontinuerlig uppdatering av lokala riktlinjer och rutiner som stödjer de strategiska och taktiska besluten är en förutsättning för goda resultat

På operativ nivå handlar det för verksamhetsledningen om att se till att det finns lokalt anpassade riktlinjer och rutiner som stödjer ett välfungerande vårdflöde i det dagliga arbetet, samt säkerställa att dessa uppdateras kontinuerligt och sprids och tillämpas i den egna organisationen. Riktlinjerna ska vara en förlängning av de strategiska och taktiska beslut som har fattats. Detta kan exempelvis vara riktlinjer och rutiner för standardiserade bedömningsstöd för sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård (se beskrivning ovan), för säkra utskrivningar från slutenvård och för mottagande av patienter i primärvården och kommunal vård och omsorg.

Inom slutenvård behövs det, utöver rutiner som stödjer ett välfungerande vårdflöde, riktlinjer för transparent och enhetlig rapportering av vårdplatsläget samt rutiner för god och säker hantering av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Detta handlar i mångt och mycket om att ha rutiner för det som beskrivs under central vårdplatshantering (se ovan).

Verktyg att använda för mig som verksamhetsledning

- ***Verktyg I: Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum***
Sammanställning av framgångsfaktorer vid etablering av mötesforum för representanter från alla vårdaktörer. Se sidan XX.
- ***Verktyg II: Modell för systematiskt arbete med task-shifting***
Beskrivning av hur en klinik eller avdelning kan börja arbeta med task-shifting, d.v.s. förflyttning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Se sidan XX.
- ***Verktyg III: Viktiga delar och framgångsfaktorer i central vårdplatskoordinering***
Modell för kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser. Riktad till verksamhetsledning inom slutenvård. Se sidan XX.

För dig som central beslutsfattare (makronivå)

Detta avsnitt vänder sig till dig som central beslutsfattare, exempelvis politiker och tjänstemän inom landsting eller kommun samt förvaltning.

Du som beslutsfattare tar övergripande strategiska beslut som bland annat rör ansvars- och resursfördelning mellan olika huvudmän och olika vårdgivare. I beslutsfattarens ansvar ingår även att se till att det finns förutsättningar för genomförandet av strategiska beslut.

Samtliga förslag inom detta avsnitt vänder sig till representanter inom alla vårdaktörer.

VILKA FRÅGOR BÖR JAG SOM BESLUTSFATTARE STÄLLA MIG OM DET LANDSTING/KOMMUN JAG VERKAR INOM?

- › Finns det en beslutad strategi på ledningsnivå som innefattar sammanhållen vårdkedja?
- › Förmedlar vi en tydlig inriktning av att vård och omsorg ska möta patientens behov?
- › Har vi kritiskt omprövat ansvars- och resursfördelning mellan olika vård- och omsorgsaktörer?
- › Finns det en plan för hur olika aktörer bör samarbeta för att förebygga behovet av patienters akutsjukvård/sluten vård?
- › Främjar ekonomiska och icke-ekonomiska incitament den övergripande strategin, och en god vård och ett gott omhändertagande av patienten?
- › Arbetar vi långsiktigt med kompetensförsörjning inom alla vård- och omsorgsaktörer respektive med olika funktioner?
- › Har vi organisatoriska strukturer som främjar samarbete mellan olika vård- och omsorgsaktörer?

En gemensam strategi och ett gemensamt förhållningssätt till vårdplatsituationen hos högsta ledningen skapar en kultur som genomsyrar organisationen

Människor ska få tillgång till den vårdnivå de har behov av i rätt tid och på rätt ställe, och utgångspunkten är att de allra flesta mår bäst och blir tryggast av att inte behöva vårdas på sjukhus. För att få en sammanhållen vårdkedja där akutsjukvård förebyggs och undviks i den mån det går, behövs en strategi på högsta beslutsnivå som gör tydliga prioriteringar i ansvars- och resursfördelning. Det behöver även skapas en kultur av att det är tydligt att alla huvudmän har ett gemensamt ansvar för att hitta en lösning, trots att det är på sjukhus som överbeläggningar och utlokaliseringar uppstår. En gemensam strategi och ett gemensamt förhållningssätt till vårdplatsituationen hos högsta ledningen sätter dessutom sin prägel på organisationerna och påverkar hur medarbetarna ser på varandra över huvudmannagränserna. Nyckelkomponenter för att nå fram till ett gemensamt förhållningssätt är respekt för varandras situationer och uppdrag och förtroende för varandra

”Överbeläggningar och utlokaliseringar är en sekundär fråga. Den primära frågan är hur och var patienten ska vårdas.”

Beslutsfattare i landsting med minskning i antalet överbeläggningar och utlokaliseringar.

”Alla parter vet att om vi inte hjälps åt kommer det att bli dyrare”

Beslutsfattare i landsting med få överbeläggningar.

”Det är viktigt att vi pratar väl om varandra (över huvudmannagränserna). Vår syn på varandra genomsyrar våra organisationer.”

Beslutsfattare i landsting med få överbeläggningar.

Tillämpning av strategin kräver såväl en tydlig plan för hur de olika aktörerna ska samarbeta, incitament som stödjer strategin samt organisatoriska strukturer som stödjer samarbete

Närvården i Skaraborg är ett exempel på där de landstingsfinansierade och kommunalt finansierade insatserna har integrerats med varandra på ett icke-traditionellt sätt (23). Några framgångsfaktorer har nämnts som viktiga för det lyckade resultatet av arbetssättet. En är att arbetet samfinansieras gemensamt av sjukhusen i Skaraborg, primärvården och involverade kommuner. Detta anses ha bidragit till ett förstärkt ansvarstagande hos alla parter och ett värnande om den gemensamma verksamheten. En annan framgångsfaktor är ett lednings- och styrningsansvar som går tvärs över de traditionella verksamhets- och huvudmannagränserna, vilket har möjliggjort sömlösa vård- och omsorgsprocesser. Det proaktiva och uppsökande arbetssättet har gjort att vården i större utsträckning erbjuds utifrån målgruppernas behov. Vidare har avgränsningarna mot precisa målgrupper gjort att verksamheterna kan riktas mot och anpassas till dessa och bli mer effektiva.

Närvården i Skaraborg är ett exempel på där det finns en plan för hur olika aktörer ska samarbeta för att förebygga sluten vård och akut sjukvård, där ekonomiska och icke-ekonomiska incitament främjar en god vård och ett gott omhändertagande av patienten samt där det finns organisatoriska strukturer som främjar samarbete mellan olika aktörer.

”Några av framgångsfaktorerna med ”Skaraborgsmodellen” är långsiktigheten med arbetet, att det utgår från patientens perspektiv och utifrån en helhetssyn, samt att det finns ett starkt engagemang hos ledningen”

Verksamhetsledning i Skaraborgs län.

Gott exempel: Närvård i Skaraborg

Tre nya vårdmodeller ingår den integrerade modellen: mobil hemsjukvårdsläkare, närsjukvårdsteam och mobilt palliativ team. Modellerna riktar sig till olika målgrupper men har som gemensam nämnare att de har ett mobilt och uppsökande arbetssätt som gör att patienten erbjuds vård där den befinner sig.

- Hemsjukvård med en mobil hemsjukvårdsläkare är till för de patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård. Läkaren har ett nära samarbete med den kommunala hemsjukvården, och är bl.a. alltid nåbar för hemsjukvårdssjuksköterskorna. Detta har resulterat i ett mer effektivt och flexibelt arbete samt i en ökad trygghet hos alla de som är inblandade i vården av patienterna.
- Närsjukvårdsteamet, bestående av minst en läkare (geriatriker) och två specialistsjuksköterskor, ger vård till patienter i form av hembesök. Denna insats vänder sig till patienter som har komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, och för vilka vården kräver en samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunens hemsjukvård. I de fall patienten skrivs in på medicinkliniken så är teamets läkare den som tar de medicinska besluten under vårdtiden.
- Mobilt palliativ team består av två läkare och tre sjuksköterskor och erbjuds alla invånare i behov av palliativ vård och insatser. Syftet är att ge palliativa vårdtagare vård i hemmet under trygga förhållanden. Teamet samarbetar med hospice, kirurgkliniken, primärvården och kommunens sjuksköterskor och hemvård.

Ett annat exempel på där ekonomiska och icke-ekonomiska incitament främjar en god vård och ett gott omhändertagande av patienter är arbetsmodeller med mobila team i Ängelholm (se beskrivning sidan 41). I denna modell är det läkare från slutenvården som ingår i och har det medicinska ansvaret i teamet, utifrån resonemanget att det är dessa läkare som skulle ha behandlat patienten om de istället för att få hjälp i hemmet hade blivit inskrivna på sjukhus. Arbetsmodellen har, förutom att öka nöjdhet hos patienter och anhöriga, även resulterat i frigjorda vårdplatser inom slutenvård. Förutom att antalet överbeläggningar och utlokaliseringar har minskat har antalet disponibla vårdplatser kunnat minskas och ekonomiska resurser omfördelas. Dessutom minskade frekvensen av återinläggningar inom 30 dagar från 20–25 % till 15 %. Vid hembesöken identifierades ofta behov av utökad kommunal omsorg hos patienterna, och för att balansera för en eventuell överflyttning av kostnader från landstingen till kommunen, har en betalningsmodell utformats där slutenvården ersätter kommunen för de ökade kostnaderna.

”En framgångsfaktor med betalningsmodellen mellan landstingen och kommunen är att det skapas en ”win-win-situation” för alla inblandade aktörer”

Verksamhetsledning på sjukhus med minskning i antalet överbeläggningar och utlokaliseringar.

Gemensamma mötesforum kan vara ett viktigt verktyg för att hitta arbetsätt som stödjer och levandegör den gemensamma strategin

För att hitta arbetsätt som stödjer och levandegör den gemensamma strategin, framhålls vikten av att det finns strukturer för gemensamma och regelbundna mötesforum. Inom ramen för dessa mötesforum behöver det, förutom skapandet av en gemensam målbild, finnas en gemensam uppföljning kring utvalda kvalitetsmått och utifrån dessa en dialog kring vilka förbättringsåtgärder som krävs.

Verktyg att använda för mig som central beslutsfattare

- ***Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum***
Sammanställning av framgångsfaktorer vid etablering av mötesforum för representanter från alla vårdaktörer. Se sidan XX.

4. Verktyg och modeller för nya arbetssätt

I detta avsnitt beskrivs ett antal arbetssätt som på olika sätt stödjer en välfungerande vårdkedja. Beskrivningarna av arbetssätt syftar till att konkretisera förslagen i ramverket (se kapitel 3) och målet är att de ska kunna fungera som verktyg i det lokala arbetet. Verktygen kan användas separat men för en fördjupad förståelse rekommenderas inläsning av kapitel 3.

- **Verktyg I** är en sammanställning och beskrivning av framgångsfaktorer vid etablering av gemensamma mötesforum för representanter från olika vårdaktörer. I dessa mötesforum kan bl.a. kvalitetsutfall diskuteras, framtida insatser planeras och goda relationer etableras. Verktyget vänder sig till verksamhetsledning och centrala beslutsfattare inom alla vårdaktörer.
- I **Verktyg II** beskrivs hur en klinik eller avdelning kan börja arbeta med task-shifting, d.v.s. förflyttning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Task-shifting syftar till att ge ett bättre nyttjande av tillgängliga resurser och kompetenser. Verktyget riktar sig till verksamhetsledning inom alla vårdaktörer.
- **Verktyg III** vänder sig till verksamhetsledning på sjukhus. Verktyget är en modell för kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser för att ge bättre förutsättningar för att minska och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar.

Verktyg I

Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum

Sammanställning av framgångsfaktorer vid etablering av mötesforum för representanter från alla vårdaktörer.

För att skapa en gynnsam vårdkedja är det av största vikt att en gemensam målbild finns hos samtliga involverade aktörer. För att lyckas med detta krävs en organisatorisk struktur och tydliga incitament för samarbete mellan de berörda verksamheterna. På nästa sida beskrivs framgångsfaktorer för att skapa -gemensamma mötesforum där centrala beslutsfattare och verksamhetsledning kan träffas och diskutera utfall i kvalitetsmått, planera framtida insatser och etablera goda relationer till varandra.

TABELL 3. SAMMANSTÄLLNING OCH BESKRIVNING AV FRAMGÅNGSFAKTORER VID ETABLERING AV GEMENSAMMA MÖTESFORUM

Framgångsfaktorer	Centrala beslutsfattare (makronivå)	Verksamhetsledning (mesonivå)
Grupper med bred representation med tydligt uppdrag och mandat	<ul style="list-style-type: none">• Gemensam styrgrupp med representation från samtliga involverade verksamheter, oavsett huvudman.• Representanter har ett tydligt mandat för beslut som rör deras verksamheter. Besluten kan röra införande av nya arbetssätt, gemensamma utvecklingsarbeten etc.	<ul style="list-style-type: none">• Arbetsgrupper, bestående av t.ex. verksamhetschefer, klinikchefer eller interna utvecklingsledare. Representation från samtliga involverade verksamheter, oavsett huvudman.• Arbetsgrupperna ansvarar för att tillämpa styrgruppens beslut inom respektive verksamhet, och återrapporterar till styrgruppen.
Gemensamt projekt- och processtöd för att öka möjligheter till kontinuitet och långsiktighet i arbetet	<ul style="list-style-type: none">• Stöd till styrgruppen med bl.a. materialframtagning, mötesledning och samordning av statistik och uppföljning• Stöd organiseras och finansieras med fördel med gemensamma resurser från samtliga huvudmän, men kan även utgöras av någon av de involverade verksamheterna (som då ersätts för sin insats).	<ul style="list-style-type: none">• Stöd till arbetsgrupperna med bl.a. materialframtagning, mötesledning och samordning av statistik och uppföljning. Stöd även till arbetsgruppernas arbete ute i verksamheterna, t.ex. genom utbildning av lokala projektledare.
Gemensam nulägesbild samt data och kvalitetsmått, kopplat till en dialog om förbättringsåtgärder	<ul style="list-style-type: none">• Gemensam nulägesbild fås genom att analysera vårdflöden och hur de olika vårdaktörernas prioriteringar och insatser påverkar flödet.• Utvalda kvalitetsmått för vårdflöden, t.ex. inflöde till sjukhus och vårdtider för utskrivningsklara patienter, kan användas till analys och till uppföljning.• Analys och uppföljning följs av en gemensam diskussion kring utfall och förbättringsåtgärder.	<ul style="list-style-type: none">• Arbetsgrupperna ansvarar för att återkoppla resultat från analys och uppföljning av kvalitetsmått till verksamheterna.• Resultat kan vara underlag för lokala kvalitetsdiskussioner, med tydlig koppling till pågående utvecklingsarbete.

Verktyg II

Modell för systematiskt arbete med ”task-shifting”

Beskrivning av hur en klinik eller avdelning kan påbörja arbetet med task-shifting.

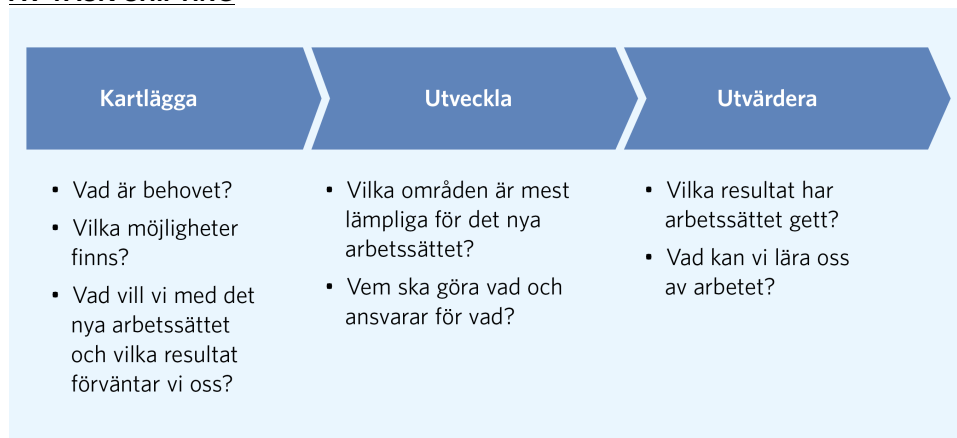
Task-shifting, eller uppgiftsförflyttning, innebär en förflyttning av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier i syfte att nå ett bättre nyttjande av befintliga personalresurser och kompetenser.

Nedan följer en beskrivning av hur arbetet med task-shifting kan påbörjas inom en vårdverksamhet. Implementeringsprocessen har delats in i tre steg.

Implementeringsprocessen

1. Det första steget går ut på att identifiera och kartlägga behov och möjlig-heter. *Vilka yrkesgrupper behöver vi frigöra tid från? Vilka arbetsuppgifter skulle kunna utföras av någon annan yrkesgrupp?* I detta steg ingår även att formulera syfte och mål samt formulera förslag på kvalitetsmått som kan användas för att följa upp resultatet.
2. Utifrån kartläggningen tas i det andra steget fram förslag på områden som är mest lämpliga för task-shifting. Efter att detta förslag har förankrats hos berörda yrkesgrupper tas ramar för arbetet med task-shifting fram, genom att formulera roller och ansvar.
3. I det tredje steget ska arbetet med task-shifting följas upp och utvärderas, bl.a. utifrån de kvalitetsmått som definierades i steg 1.

FIGUR 25. ÖVERSIKT ÖVER DE TRE STEGEN AV IMPLEMENTERING AV TASK-SHIFTING





Vad är behovet?

Utgångspunkten för arbete med task-shifting är att det ur ett tillgänglighetsperspektiv finns ett behov av ändrade arbetssätt. Fråga er följande:

- Finns i vår verksamhet några flaskhalsar som motverkar ett välfungerande vårdflöde och som kan kopplas till brist på vissa yrkeskategorier?
- Finns i vår verksamhet områden där brist på vissa yrkeskategorier resulterar i ett lägre antal disponibla vårdplatser?

Vilka möjligheter finns?

Förtydliga vilka uppgifter som måste utföras av respektive yrkesgrupp och överväg sedan task-shifting för de uppgifter som kan utföras av någon annan yrkesgrupp.

TABELL 4. OMRÅDEN ATT ÖVERVÄGA FÖR TASK-SHIFTING

Receptarie som avlastar...	sjuksköterskor, genom att...	sköta läkemedelsförråd- och beställning, iordningsställa läkemedel till patient.
Apotekare som avlastar...	läkare, genom att...	genomföra enkla läkemedelsgenomgångar.
Sjuksköterska som avlastar...	läkare, genom att...	hålla i vissa uppföljningsbesök på mottagningar, skriva vissa remisser, förskriva vissa förbrukningsartiklar.
Undersköterska som avlastar...	sjuksköterskor, genom att...	sköta delar av samordnad vårdplanering.
Medicinsk sekreterare som avlastar...	läkare och sjuksköterskor, genom att...	i högre grad ta över ansvar för administrativa uppgifter och dokumentation av rondarbete.
Fysioterapeut/arbetsterapeut som avlastar...	läkare, genom att...	hålla i uppföljningsbesök av viss ryggkirurgi, skriva delar av sjukintyg.
Biomedicinsk analytiker som avlastar...	läkare, genom att...	bedöma och besvara vissa analyser.

Vad vill vi med det nya arbetssättet och vilka resultat förväntar vi oss?

Formulera målen med det nya arbetssättet, vilka resultat som förväntas, samt vilka kvalitetsindikatorer som kan användas för att följa upp och utvärdera resultat. Flera indikatorer kan med fördel användas för att få en bild av resultatet i fler dimensioner.

Gör sedan en uppskattning av nuläget med hjälp av de indikatorer som har definierats och beskrivits.

TABELL 5. FÖRSLAG PÅ FORMULERING AV MÅLSÄTTNING, FÖRVÄNTAT RESULTAT OCH KVALITETSMÅTT

Vad är målen?	Vilka resultat förväntar vi oss?	Hur kan detta mätas?
<i>Minska effekter i vårdproduktionen av brist på vissa yrkesgrupper.</i>	Ökad effektivitet genom ökade möjlighet till att vårda fler patienter och korta vårdtider.	<ul style="list-style-type: none"> • Antal vårdade patienter. • Längd på vårdtid. • Längd på mottagningsbesök.
<i>Högre kvalitet på vård och omsorg.</i>	<p>Minskat behov av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.</p> <p>Ökad patientsäkerhet.</p> <p>Ökad vård- och omsorgskvalitet.</p> <p>Ökad patientnöjdhet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antal överbeläggningar och utlokaliseringar. • Antal rapporterade avvikelser. • Specifika kvalitetsmått för respektive verksamhet. • Patientenkät.
<i>Förbättrad arbetsmiljö för personalen.</i>	<p>Mindre upplevd stressad arbetssituation.</p> <p>Kompetensutveckling för vårdpersonal samt i högre grad renodlade arbetsuppgifter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbetarundersökningar. • Bedömning av kvaliteten av utförda arbetsuppgifter.



Vilka områden är mest lämpliga för task-shifting?

- Utifrån identifierade behov och möjligheter, tag fram förslag på lämpliga områden för task-shifting.
- Förankra förslaget hos alla berörda yrkesgrupper.

Vem ska göra vad och vem ansvarar för vad?

- Förtydliga roller och arbetsuppgifter för alla berörda yrkesgrupper, både de som fanns tidigare och de nya, samt vilket ansvar som ingår i varje roll.
- Definiera vilka arbetsuppgifter och områden som ingår i modellen, t.ex. *Vilka analyser ansvarar BMA för att bedöma? Vad är de olika tillvägagångssätten vid olika utfall av analyserna/bedömningarna?*
- Skapa tydliga riktlinjer och rutiner för de områden som berörs av ett ändrat arbetssätt



Vilka resultat har arbetet med task-shifting gett?

Följ upp och utvärdera resultaten av det nya arbetssättet med hjälp av de kvalitetsmått som formulerades i steg 1.

Vad kan vi lära oss av arbetet med task-shifting?

Sammanfatta erfarenheterna från medarbetare som provat att arbeta enligt de nya arbetssätten. Låt arbetsgruppen träffas för att diskutera utmaningar och möjligheter framöver:

- Vad har fungerat väl?
- Vad har fungerat mindre väl, och varför?

Verktyg III

Viktiga delar och framgångsfaktorer i central vårdplatskoordinering

Modell för kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser. Modellen riktar sig till verksamhetsledning inom slutenvård.

Målsättningen är att vården, enligt principerna för produktions- och kapacitetsplanering, ska vara dimensionerad efter det behov som finns och man har ett system som anpassar sig efter aktuellt behov. Fram tills detta fungerar krävs en central och aktiv koordinering av vårdplatser inom slutenvården.

En aktiv vårdplatskoordinering kan ge ökade möjligheter att hantera fluktuationer i patientflödet och eventuella patientrisker vid överbeläggningar eller utlokaliseringar. För att lyckas med detta föreslås att fem nyckelkomponenter finns på plats.

Nyckelkomponenter

- Central grupp för vårdplatsplanering
- Transparent, enhetlig och kontinuerlig rapportering av vårdplatsläget
- Aktiva vårdplatskoordinatorer med tydligt mandat
- Strukturerad återkoppling och uppföljning av data
- Säker och god hantering av överbeläggningar och utlokaliseringar

På följande sidor beskrivs viktiga delar och identifierade framgångsfaktorer för respektive nyckelkomponent. Genomgående gäller att det på varje nivå och för varje uppgift ska vara klart och tydligt definierat vem som är ytterst ansvarig för vad och som kan fatta de beslut som krävs.

TABELL 6. NYCKELKOMPONENTER, VIKTIGA DELAR OCH FRAMGÅNGSFAKTORER FÖR CENTRAL VÅRDPLATSHANTERING

<p>Central grupp för vårdplatsplanering</p>	<p>Viktiga delar Tillsatt grupp som ansvarar för planering och koordinering av vårdplatserna. Gruppen bör vara på ledningsnivå där centrala och relevanta personer/funktioner ingår. Gruppen ses regelbundet i fysiska möten.</p> <p>Framgångsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> Engagemang och ägarskap för vårdplatsfrågan på högsta ledningsnivå.
<p>Transparent, enhetlig och kontinuerlig rapportering av vårdplatsläget</p>	<p>Viktiga delar Daglig systematisk rapportering av vårdplatsläget</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vid dagligt gemensamt möte med alla vårdenhetschefer b) Till vårdplatskoordinatorer som fysiskt besöker avdelningarna <p>Samordnande funktion på varje vårdavdelning 24/7 med överblick över avdelningens vårdplatsläge och som ansvarar för kontakter med vårdplatskoordinatorer.</p> <p>Bedömning av vårdplatsläge utifrån såväl antal patienter som deras vårdbehov, balanserat mot tillgängliga resurser och kompetens. T.ex. en utskrivningsklar patient bedöms ha lägre vårdbehov och därför ha andra krav på vårdplatsen.</p> <p>Framgångsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> Ansvariga för koordineringen har en god överblick över vårdplatsläge. Det finns gemensamma definitioner för den data som inrapporteras och återkopplas. Rapportering är transparent och enhetlig. Bedömning av vårdplatsläge är flexibel och kvalitetsbaserad, så att möjligheter till ett mer effektivt nyttjande av vårdplatser ges. Det finns en etablerad känsla av gemensamt ansvar för situationen bland verksamhetschefer och medarbetare.
<p>Aktiva vårdplatskoordinatorer med tydligt mandat</p>	<p>Viktiga delar Samordning och planering av patienternas placering av en person/funktion som befinner sig fysiskt i verksamheten. Tydlig målsättning om att rätt patient ska hamna på rätt plats från början, vilket ger kortare vårdtider.</p> <p>Framgångsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> Koordinator har: <ul style="list-style-type: none"> tydligt mandat från central nivå samtidigt som de känner verksamheterna och deras förutsättningar. goda kontakter med kommunal vård och omsorg och övrig öppenvård och kan fungera som "brygga" mellan verksamheterna.
<p>Strukturerad återkoppling och uppföljning av data</p>	<p>Viktiga delar Transparent och kontinuerlig återkoppling till verksamheter av hur vårdplatserna nyttjas. Uppföljning av data. Data används som underlag vid framtida produktions- och kapacitetsplanering, både för högsta verksamhetsledningen och för klinisknära verksamhetsledning.</p> <p>Framgångsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> Det finns gemensamma definitioner för den data som inrapporteras och återkopplas. Det finns tydliga mål och styrning.

**Säker och god
hantering av över-
beläggningar och
utlokaliseringar**

Viktiga delar

Prioritering av vilka patienter som är lämpliga att utlokaliseras:

- a) Vissa patienter utlokaliseras till vissa avdelningar (t.ex. klustring av avdelningar på kliniknivå).
- b) Olika kategorier av patienter (t.ex. utskrivningsklara) utlokaliseras i förbestämd prioritetsordning.

Fastställda rutiner vid utlokaliseringar av patienter. Exempel på rutiner:

- Fasta rutiner för rondning, t.ex. alltid ronda utlokaliserade patienter först och ha en tid när samtliga utlokaliserade patienter ska ha rondats.
- Kontaktpersoner på varje avdelning som kan svara på frågor från personal på de vårdavdelningar som tar emot utlokaliserade patienter.

Tydlig definition av risk-situationer med koppling till konkret åtgärd.

Risikanalys och uppföljning av avvikelser.

Framgångsfaktorer

- Det finns tydliga sjukhusgemensamma rutiner och riktlinjer med tydliga prioriteringar.
- Analys av avvikelser är en naturlig del i det ordinarie arbetet.
- Det är fokus på att bemöta behov hos mottagande vårdavdelning.

Litteraturförteckning

1. *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Sveriges riksdag.*
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/.
2. *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård -betänkande av utredningen av betalningsansvarslagen. SOU. 2015,*
<http://www.regeringen.se/contentassets/0538012e9e164acda95527da785022e4/trygg-och-effektiv-utskrivning-fran-sluten-varld-utredningen-om-betalningsansvarslagen>.
3. *Bättre liv för sjuka äldre. SKL. 2012,*
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-763-4.pdf>.
4. *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen. 2012,*
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18861/2012-11-3.pdf>.
5. *Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. Socialstyrelsen. 2015,*
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19930/2015-12-1.pdf>.
6. *Landstingens rapporterade data för överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser inom somatisk och psykiatrisk vård. SKL.*
7. *Öppen jämförelse och utvärdering av överbeläggningar -delrapport. Socialstyrelsen. 2011,*
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18605/2012-2-15.pdf>.
8. *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar (2014). Socialstyrelsen. 2014,*
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19585/2014-12-4.pdf>.
9. *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar (2013). Socialstyrelsen. 2013,*
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>.
10. *Statistikdatabas Diagnoser i slutenvård. Socialstyrelsen.*
11. *Faktorer som påverkar överbeläggningar och utlokaliseringar. Vårdförbundet.*
<https://www.vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyror/Faktorer%20som%20paverkar%20overbelaggnings.pdf>.
12. *Överbeläggning och utlokaliserade patienter i Region Skåne med fokus på patientsäkerhet. Region Skåne. 2011,*

- http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/varldgaranti/Dokument/%C3%96verbel%C3%A4ggningar%20Utlokaliserade/Slutrapport_overbelagning_110419.pdf.
13. *Hospital beds per 1000 population, 2000 and 2013*. **OECD**. 2015, http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2015-en/06/03/g6-07.html?contentType=&itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2015-32-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&accessItemIds=&_csp_=30a2a4137b413686ba727927.
 14. *Har vi för få vårdplatser i Sverige?* **Gustafsson P.** . http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/17791/LKT1207s332_333.pdf.
 15. *På väg mot en säkrare vård: Patientsäkerhetsstrategin 2011-2014*. **SKL**. 2015, <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-245-4.pdf?issuusl=ignore>.
 16. *Patientsäkerhetslag (2010:659)*. **Sveriges riksdag**. 2010, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/.
 17. *Skador i vården -skadeområden, undvikbarhet samt förändringar över tid 2013-2014*. **SKL**. 2015, <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-295-9.pdf?issuusl=ignore>.
 18. *Data markörbaserad journalgranskning*. **SKL**. 2014.
 19. *Data nationell punktprevalensmätning, vårdrelaterade infektioner (VRI)*. **SKL**.
 20. *Överbeläggningar och rapporterade skador i vården*. **VGR**. 2014, <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Patients%C3%A4kerhetsenheten/Thomas%20dokument/%C3%96verbel%C3%A4ggningar%20och%20rapporterade%20skador%20i%20VGR%201209-1305%20f%C3%B6r%20publikation%20141027.pdf>.
 21. *Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården*. **Arbetsmiljöverket**. 2012, <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/nationell-tillsyn-av-overbelaggningar-inom-akutsjukvarden-kunskapssammanstallning-rap-2012-02.pdf>.
 22. *Olägenheter och ineffektivitet med kirurgiska satellitpatienter*. **Sjödahl R. et al.** http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/17800/LKT1207s338_341.pdf.
 23. *Närvården i Västra Skaraborg*. **Management, HCM Health Care**. [http://skl.se/download/18.46eac49e14c97cdf431e386c/1429011999127/SKL_Narvarden_vastra_Skaraborg_utvardering_ekonomisk_analys%2B\(Slutrapport%2BHCM%2B25%2Bnov.%2B2013\).pdf](http://skl.se/download/18.46eac49e14c97cdf431e386c/1429011999127/SKL_Narvarden_vastra_Skaraborg_utvardering_ekonomisk_analys%2B(Slutrapport%2BHCM%2B25%2Bnov.%2B2013).pdf).
 24. *ViSam, Samverkansmodell för vårplanering och informationsöverföring*. **Region Örebro län**. <http://www.visamregionorebro.se/beslutsstod/>.

Ingen på sjukhus i onödan

Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa

I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vårdnivå de har behov av och de erbjuds vård i rätt tid. Vården ges där patienten finns och behöver den, och tiden på sjukhuset begränsas till den tid som motsvarar patientens medicinska behov.

De senaste åren har antalet vårdplatser inom slutenvård minskat över hela landet samtidigt som de flesta landsting och kommuner strävat efter att utveckla en vård som förebygger behov av akutsjukvård och slutenvård. Ändå upplevs allt oftare en kapacitetsbrist inom slutenvård, och på de flesta sjukhus tillhör det vardagen att patienter vårdas i korridorer eller på en avdelning inom en annan specialitet. Samtidigt diskuteras vilka patientsäkerhetsrisker som överbeläggningar och utlokaliseringar innebär.

I denna rapport sammanfattas resultaten från ett arbete med syfte att på nationell nivå öka kunskaperna kring hur överbeläggningar och utlokaliseringar kan förebyggas och hur patientsäkerhetsriskerna förknippade med dessa kan minskas. Arbetet omfattar bland annat analyser av vårdplatsdata samt ett antal expertintervjuer med personer med olika funktioner och inom olika landsting. Rapporten vänder sig till dig som enskild medarbetare, verksamhetsledning och central beslutsfattare, oavsett om du arbetar inom sjukhus, primärvård eller kommun.

Som ett komplement till rapporten har skriften ”För en välfungerande vårdkedja” tagits fram, där de viktigaste resultaten från arbetet presenteras.

Upplysningar om innehållet
Eva Estling, eva.estling@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2016
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-421-2
Produktion: Advant Produktionsbyrå

Beställ eller ladda ner på www.skl.se/publikationer. ISBN/Beställningsnummer 978-91-7585-421-2