

VÅRDPLATSUTREDNING 2020

Somatiska vårdplatser Östersunds sjukhus

Rapport utredning hösten 2020
Birgitta Barkne Nilsson
Senior Utredare
Region Jämtland Härjedalen

Sammanfattning

Inledning, översiktlig summering

Uppdraget, *Vårdplatsutredning* har genomförts för att ta fram ett underlag gällande fastställda somatiska slutenvårdsplatser på Östersunds sjukhus. Denna rapportens syfte är att ge underlag och slutsatser kring antalet vårdplatser för respektive område. Rapporten innehåller kartläggning med analyser och slutsatser, samt förslag avseende vårdplatsantal, vårdnivåer och utvecklingsförslag från verksamheterna.

Beläggningen av regionens vårdplatser är stabil över tid, trots förändringar i disponibla vårdplatser. På områdes-/kliniknivå finns dock stora variationer i hur vårdplatserna nyttjas. Medelvårdtiden totalt har minskat från 6,4 dagar 2003 till 4,56 dagar 2019. Medelvårdtiderna sjunker över tid, dagvård/öppenvård har ökat, mobila team har tillkommit. Det tillsammans med digitala lösningar för vissa patientgrupper gör att vårdplatsbehovet minskar. Samtidigt som det på sikt måste beaktas hur den demografiska utvecklingen för regionen ser ut.

Bemanningsmål/dygn/vårdplats både i reella tal och i förhållande till beläggning varierar stort mellan områden/kliniker. För effektivare utnyttjande av vårdplatser föreslås att ingen avdelningsenhet för vårdplatser är mindre än 16. Enda undantag är de tekniska vårdplatserna.

Vårdplatserna föreslås reduceras med olika antal platser per område, jämfört med budget 2020, förutom vid barn- och ungdomskliniken och inom Intensivvården. Dock föreslås plasterna öka jämfört med dagens öppna disponibla.

Vidare föreslås att en Intermediärvårdsavdelning (IMA) öppnas på sjukhuset med 4 vårdplatser. När denna enhet är i full drift behöver utvärdering ske gällande antalet intensivvårdsplatser.

Utredning kring en samlad palliativ avdelning – Stor-PONK har pågått under ett par år. Denna föreslås nu att tas i drift där patienter från olika kliniker kan få jämlik vård.

Inom verksamheterna föreslås ett antal åtgärder som behöver arbetas vidare med. Det är verksamheterna själva som lyft fram dessa förslag.

Rapporten avslutas med utdata från Hälso- och sjukvårdens rapport 2020 från SKR samt bilagor med kompletterade data.

Utredningen är nu avslutad och rapporten överlämnas till uppdragsgivaren, Hälso- och sjukvårdsdirektör Maria Söderkvist.

Uppdraget

Hälso- och sjukvårdsdirektören har initierat en vårdplatsutredning i syfte att få underlag för antal fastställda somatiska vårdplatser. Region Jämtland Härjedalen har ett medelvärde 2019 på 2,2 gällande disponibla vårdplatser per 1000 invånare, samma som riket i genomsnitt.

Begreppet vårdplats har olika innebörd beroende på sammanhang. I den här rapporten används begreppen:

- *fastställd vårdplats* = vårdplats i slutenvård beslutad av huvudman. Fastställd vårdplats är en administrativ benämning och används i till exempel budget- och planeringssammanhang.
- *disponibel vårdplats* = vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- *Teknisk vårdplats* = disponibel vårdplats på vårdenheter med särskilda resurser t.ex. intensivvård. Då finns alltid ansvarig moderklinik kopplad till vårdplatsen.
- *Observationsplats* = en vårdplats för max 24 timmar per vårdtillfälle där patienter behöver utredas, bedömas, behandlas och/eller observeras men som inte kräver inläggande slutenvård. Dessa platser ingår inte bland de vårdplatser som definieras som fastställda vårdplatser eller disponibla vårdplatser.

De erfarenheter som utredningen har tagit del av i omvärldsanalysen från angränsande regioner, visar på att alla under senare år, har reducerat vårdplatser inom slutenvården och slagit samman enheter. Sedvanliga risk- och konsekvensanalyser har gjorts och inga negativa erfarenheter av förändringarna har framkommit.

I nuläget pågår och planeras även för *Samverkande Närvård* med ökad poliklinisering, vilket innebär behandling på icke inläggande patienter. Östersunds somatiska vårdavdelningar på sjukhuset har under de sista två åren (2018 - 2019) haft 246 disponibla vårdplatser i snitt.

I genomförd utredning är tanken att den reducering av vårdplatser som föreslås ska finansiera en ny avdelning och vårdnivå Intermediärvårdsavdelning – IMA. Utredningen som nu är slutförd, innebär att Östersunds sjukhus föreslås fastställa 253 somatiska vårdplatser, där ingår 7 Intensivvårdsplatser samt att IMA öppnas med 4 vårdplatser.

Det föreslagna antalet beskriver antalet vårdplatser som finns tillgängliga vardagar. Verksamheterna kan under helger och sommartid reducera antalet relaterat till det elektiva intaget. Produktions- och kapacitetsplanering bör genomföras för att säkerställa behovet för våra medborgare.

Eftersom antalet disponibla vårdplatser ska vara anpassade till aktuell bemanning, ska beslut om antal fastställda vårdplatser inte påverka arbetsmiljön. Förslagen innebär att antalet fastställda vårdplatser kan reduceras under den tid som krävs för att rekrytera personal till bemanningsmål.

Samtidigt kan utnyttjande av lokaler och personal förbättras, genom att ej planera för mindre avdelningar/enheter som då kräver högre bemanningsmål. Här behöver verksamheterna se över den optimala fördelningen av sina fastställda vårdplatser i förhållande till patienternas behov.

Det är Hälso- och sjukvårdsdirektörens intention, kopplat till förslagen av antalet fastställda vårdplatser, att införa en ny vårdnivå Intermediärvård på Östersunds sjukhus. I syfte att tillgodose patienternas behov.

Rapporten omfattar omvärldsanalys nationellt, regionvis samt Östersunds sjukhus. Sedan följer en analys per område för de somatiska slutenvårdsplatserna på sjukhuset, där förslag ges angående fastställda vårdplatser per område. Utredningen kring IMA, Stor-PONK och AVA presenteras. Det efterföljs av utvecklingsfrågor från verksamheterna och slutligen kommer nationella data från SKR.

Östersund 2020-12-17

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/UPPDRAGET	2
1 BAKGRUND.....	7
1.1 Uppdragsmål.....	7
1.2 Angränsningar	7
1.3 Utredare	7
3 Metod och genomförande	8
4 Omvärldsanalys	8
4.1 Disponibla vårdplatser.....	8
4.2 Överbeläggningar och utlokaliserade	11
4.3 Utskrivningsklara, återinskrivningar.....	12
4.4 De norra regionerna.....	15
5 FÖRSLAG FASTSTÄLLDA SOMATISKA VÅRDPLATSER.....	17
5.1 Utredningens bakgrundsfakta och förslag till beslut.....	19
5.2 Område Kirurgi med ÖNH/Ögon och STV.....	20
5.3 Område Ortopedi	24
5.4 Medicin Område HIM och HNR.....	29
5.5 Område Kvinna	36
5.6 Område Barn- och ungdomsmedicin.....	40
5.7 Intensivvården/IVA	44
5.8 Intermediärvård/IMA.....	46
5.9 Stor-PONK	49
5.10 AKUTVÅRDSAVDELNING	51

6.	Utvecklingsförslag från verksamheterna.....	53
6.1	Patienthotell.....	53
6.2	Ronder.....	53
6.3	Riskbedömning överbeläggning.....	54
6.4	Rutin utlokalisering.....	55
6.5	Vårdtyngdsmätning.....	56
6.6	Strategisk byggplan för sjukhuset.....	56
7.	Utdata Hälso-och sjukvårdsrapport SKR 2020.....	57
8.	Begreppsförklaring vårdplatser.....	65
8.1	Förkortningar som förekommer i rapporten.....	66
9.	BILAGOR OCH REFERENSER	67

1. Bakgrund

Region Jämtland Härjedalen (RJH) har 2,2 disponibla vårdplatser per 1000 invånare vilket även är siffran för riket som genomsnitt. Utredningen har haft i uppdrag att se över vilket behov RJH har gällande vårdplatsantal samt föreslå antal fastställda somatiska vårdplatser. Under de senaste tio åren har antalet vårdplatser reducerats i relation till behovet. Utredningen har även haft i syfte att se över om det finns behov av andra vårdnivåer samt storlek på vårdavdelningar.

En vårdavdelnings optimala storlek, både vad gäller bemanning, ekonomi och yta, har diskuterats nationellt under många år, rekommendationen som finns är att den har mellan 21–24 vårdplatser. Det finns vårdavdelningar på Östersunds sjukhus med färre vårdplatser än det rekommenderade, vilket innebär en större kostnad per vårdplats. Lokalernas utformning är inte anpassade på alla avdelningar för dagens krav på vårdplatser avseende standard och arbetsmiljö, vilket är uppmärksammat och bör beaktas i strategisk planering av fastighetsinvesteringar.

Förslag av antalet fastställda somatiska vårdplatser enligt utredningen, har presenterats för Hälso- och sjukvårdsledningens ledningsgrupp (HSL), Hälso- och sjukvårdskommittén, Enhetschefernas forum, Livesändning i Regionen samt vid Hälso- och sjukvårdsnämnden presidium under november 2020.

Frågeställningar som har beaktas:

- Föreslå antal fastställda somatiska vårdplatser och dess fördelning mellan områdena.
- Se över möjligheter till sammanslagning av vårdavdelningar.
- Omvärldsbevakning via rapporter, utredningar, siffror och statistik.
- Utredda en eventuell ny vårdnivå
- Utredda behov av en Akutvårdsavdelning

1.1 Uppdragsmål

Utredningen har haft i uppdrag att föreslå antal fastställda somatiska vårdplatser, minsta storlek på vårdavdelning, ge förslag till prioriterade satsningar på vårdnivåer samt ge förslag på möjliga samordningsmöjligheter.

1.2 Avgränsningar

Uppdraget omfattar inte psykiatriska vårdplatser, närvårdsplatser eller rehabiliteringsplatser. På kort sikt ska inga stora ombyggnationer ske. Arbetet behöver inte ta hänsyn till hur nuvarande organisation ser ut.

1.3 Utredare

Har utsetts av Hälso- och sjukvårdsdirektör och bestått av en ensam utredare visstidsanställd i stab under direktören.

2. Metod och genomförande

Uppdragsbeskrivningen fastställdes 1/9 2020 och översynen startade 2/9 2020. Tidsramen för uppdraget var att slutrapporten skulle vara klar den 18:e december 2020 och innan dess presenterats för Hälso- och sjukvårds-direktören. Tidsramen för uppdraget har påverkat val av metoder för arbetet.

Utredaren har haft uppföljande möten och en kontinuerlig uppdragsdialog med uppdragsgivaren. Utredaren har tillsammans med HSL deltagit i planeringsdagar kring vårdplatser. Workshop har genomförts tillsammans med HSL. Berörda områdeschefer och enhetschefer av fastställda vårdplatser har genom möten och e-postkonversation bidragit med förslag för sina respektive verksamheter. Vid möten har även andra utvecklingsområden relaterade till vårdplatser framkommit. Studiebesök har genomförts ute på vårdavdelningar.

Omvärldsanalysen omfattar information/rapporter som inhämtas via kontakter samt uppgifter från Öppna jämförelser, Vården i siffror, Socialstyrelsen och SKR. I slutet av rapporten finns tabeller med som visar Region JH i jämförelse med nationen.

Förslagen har inte genomgått sedvanliga riskanalyser då de inte varit möjliga att genomföra inom tidsramen för uppdraget. Dessa förslag kommer att därför att utredas vidare inom Hälso- och sjukvården.

4. Omvärldsanalys

Sverige har ett öppenvårdsinriktat hälso- och sjukvårdssystem i en internationell jämförelse. Sjukhusvårdplatserna är i förhållande till befolkningen få och slutenvårdsanvändningen därför låg. Vårdplatser vid sjukhus har minskat främst som följd av kunskapsutvecklingen och nya sätt att ge vård. Överbeläggningar har de senaste åren varit ett problem. Detta skrivs in en nyutkommen rapport från SKR gällande pandemins påverkan på Hälso- och sjukvården.

4.1 Disponibla vårdplatser

Disponibla somatiska vårdplatser inom slutenvården på Östersunds sjukhus har under de senaste 10 åren ständigt reducerats. Det innebär att Region JH har ca 2,2 disponibla vårdplatser per 1000 invånare (2019). För disponibla vårdplatser görs årliga jämförelser "Vården i siffror" via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Av tabellen från Öppna jämförelser 2019 nedan, framgår att tre regioner i norr har fler disponibla vårdplatser per 1000 invånare än riket i snitt. Region JH kan jämföras med riket som även i snitt har 2,2 vårdplatser per 1000 invånare.

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser efter verksamhetsområde

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Vårdplatser vid enheter drivna av huvudmännen	25 343	25 280	24 922	24 542	24 350	24 163	23 604	23 130	22 909	22 225	21 323	20 534	19 960	19 572
varav:														
Primärvård	97	96	97	88	85	85	75	73	75	86	89	104	109	102
Specialiserad psykiatrisk vård	4 443	4 434	4 392	4 410	4 346	4 303	4 250	4 255	4 230	4 200	4 151	4 131	4 067	4 082
Specialiserad somatisk vård	20 803	20 750	20 433	20 044	19 919	19 775	19 280	18 802	18 604	17 938	17 083	16 299	15 785	15 388
därav geriatrisk vård	2 100	2 038	1 989	1 699	1 603	1 539	1 409	1 363	1 339	1 201	1 165	1 144	1 089	1 080
därav kirurgi	7 696	7 663	7 548	7 661	7 506	7 370	7 059	6 963	6 912	6 724	6 427	6 144	5 932	5 725
därav medicin	9 589	9 656	9 578	9 443	9 622	9 653	9 537	9 477	9 241	8 860	8 458	8 254	8 134	7 886
därav övrigt	1 418	1 393	1 318	1 241	1 188	1 213	1 275	999	1 111	1 154	1 033	758	629	697
Vårdplatser vid företag, stiftelser o liknande	877	916	940	1 151	1 216	1 354	1 686	1 764	1 699	1 680	1 886	1 713	1 747	1 716
TOTALT	26 220	26 196	25 862	25 693	25 566	25 517	25 290	24 894	24 608	23 904	23 209	22 247	21 707	21 288
Vårdplatser per 1000 inv	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1
Platser på patienthotell	323	279	314	438	305	288	320	386	283	265	163	238	243	217
Övriga tekniska platser*	1 503	1 522	1 596	1 722	1 697	1 687	1 309	1 039	904	917	852	851	819	816

Disponibel vårdplats definieras som vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Definitionen av disponibel vårdplats ändrades av Socialstyrelsen 2013.

*Övriga tekniska platser avser tekniska platser där patienter som vårdas där samtidigt också regelmässigt disponerar en vårdplats. En teknisk vårdplats räknas annars som en disponibel vårdplats.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	842,7	8,6	113,5	13,0	3,7	4,8	3,8	8,8	5 869	15 761	2,2	677
Uppsala	629,5	6,1	69,6	15,5	2,2	6,3	3,6	12,1	4 867	12 861	2,3	645
Sörmland	624,1	5,8	138,5	12,7	6,1	6,0	2,5	8,8	5 044	13 424	2,3	672
Östergötland	522,4	7,1	118,3	12,7	5,1	6,5	2,7	10,3	5 499	12 782	2,1	609
Jönköpings län	646,2	5,8	121,5	15,5	4,2	1,4	1,2	9,8	4 944	15 253	2,1	673
Kronoberg	652,0	8,2	95,5	15,2	4,0	2,7	0,1	9,8	5 138	13 957	2,5	706
Kalmar län	699,4	9,5	108,0	11,7	3,8	1,4	0,2	8,1	4 968	15 995	2,3	734
Gotland	587,9	8,9	195,0	12,1	6,2	1,5	6,7	6,5	5 720	16 726	2,5	902
Blekinge	705,3	5,2	66,4	12,4	2,2	2,4	1,0	9,5	4 730	13 487	2,4	475
Skåne	686,7	7,5	121,4	13,6	4,3	6,0	1,3	12,0	5 561	13 358	2,2	610
Halland	634,6	9,7	125,5	13,5	5,1	2,6	1,3	9,4	4 733	13 661	1,8	661
Västra Götaland	626,8	8,2	411,9	13,4	11,7	6,7	2,3	10,0	5 100	13 558	2,2	611
Värmland	739,2	8,7	111,0	13,2	4,1	1,4	2,0	11,9	5 599	14 067	2,3	737
Örebro län	589,8	6,9	123,5	12,7	4,1	3,0	2,0	6,1	5 291	13 469	2,2	765
Västmanland	808,5	10,4	135,4	13,4	4,9	5,1	1,6	9,4	5 717	14 769	2,1	802
Dalarna	718,9	7,3	64,0	11,9	2,7	1,9	1,9	8,3	5 400	14 168	2,3	633
Gävleborg	694,9	8,3	78,4	12,9	3,3	6,2	1,3	11,2	4 416	14 218	2,0	545
Västernorrland	639,2	7,7	130,7	12,5	5,1	5,5	1,0	7,7	5 748	13 906	2,5	759
Jämtland Härjedalen	541,2	3,5	118,6	13,0	4,0	3,1	2,2	4,6	5 779	13 789	2,2	581
Västerbotten	661,0	6,5	215,5	14,6	5,8	3,9	6,5	10,8	5 533	15 163	2,7	651
Norbotten	650,2	9,7	162,7	13,2	5,6	4,2	2,7	10,1	5 083	15 019	2,4	681
Riket	685,9	7,8	131,9	13,3	4,9	4,8	2,4	9,8	5 352	14 189	2,2	655

A	Undvikbar slutenvård vid kronisk sjukdom per 100 000 invånare
B	Återkommande slutenvård i livets slutskede, %
C	Utskrivningsklara patienter på sjukhus per 1 000 invånare
D	Tio eller fler läkemedel samtidigt hos äldre, %
E	Vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter %
F	Överbeläggningar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
G	Utlökaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
H	Patienter med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar, %
I	Fallskador bland äldre per 100 000 invånare
J	Vårdtillfällen per 100 000 invånare
K	Disponibla vårdplatser i slutenvård per 1 000 invånare
L	Besök på akutmottagning - 80 år och äldre per 1 000 invånare

En tydlig trend för nationen har varit att antalet disponibla somatiska vårdplatser reducerats över tid. För de fyra regionerna i norr har det för åren 2010 - 2019 inneburit:

Region JH minus 79,4 somatiska vårdplatser

DISPONIBLA VÅRDPLATSER

Klicka på pluset till vänster om landstingsnamnet för att få fram sjukhusdata

	Somatisk sluten vård	Sluten primärvård	Psykiatrisk helc Allmän psykiatri	Totalsumma
Disponibla vårdplatser				
Jämtland Härjedalen				
2019	210,6	4,1	34,0	248,7
2018	230,1	4,2	35,1	269,4
2017	238,8	6,9	37,2	282,9
2016	252,6	7,2	38,0	297,8
2015	260,1	7,7	48,6	316,4
2014	265,6	7,3	49,2	322,1
2013	273,8	7,1	49,4	330,3
2012	279,2	8,0	49,4	336,6
2011	289,0	9,0	52,0	350,0
2010	290,0	8,0	53,0	351,0

Region Västerbotten minus 196,2 somatiska vårdplatser

DISPONIBLA VÅRDPLATSER

Klicka på pluset till vänster om landstingsnamnet för att få fram sjukhusdata

	Somatisk sluten vård	Sluten primärvård	Psykiatrisk heldygnsvård Allmän psykiatri	Barn- och ungdom Rättpsykiatri	Totalsumma	
Disponibla vårdplatser						
Västerbotten						
2019	590,8	29,3	77,3	4,6	14,0	716,0
2018	610,2	29,4	73,9	4,6	14,0	732,1
2017	613,3	26,0	76,8	4,8	14,0	734,9
2016	627,6	31,5	79,5	5,0	14,0	757,6
2015	642,3	30,0	83,2	5,0	14,0	774,5
2014	689,0	26,0	88,5	5,0	12,0	820,5
2013	714,8	23,0	90,7	4,9	12,2	845,6
2012	748,0	22,0	104,0	6,0	12,0	892,0
2011	774,0	34,0	106,0	6,0	12,0	932,0
2010	787,0	34,0	106,0	6,0	12,0	945,0

Region Västernorrland minus 89,4 somatiska vårdplatser

DISPONIBLA VÅRDPLATSER

Klicka på pluset till vänster om landstingsnamnet för att få fram sjukhusdata

	Somatisk sluten vård	Psykiatrisk heldygnsvård Allmän psykiatri	Rättpsykiatri	Totalsumma
Disponibla vårdplatser				
Västernorrland				
2019	420,6	85,7	101,0	607,3
2018	430,2	84,7	101,0	615,9
2017	434,6	89,3	101,0	624,9
2016	426,6	88,0	101,0	615,7
2015	486,6	84,6	101,0	672,2
2014	492,2	85,5	101,0	678,7
2013	525,0	84,0	101,0	710,0
2012	525,0	84,0	101,0	710,0
2011	510,0	84,0	101,0	695,0
2010	510,0	84,0	101,0	695,0

Region Norrbotten minus 218 somatiska vårdplatser

DISPONIBLA VÅRDPLATSER

Klicka på pluset till vänster om landstingsnamnet för att få fram sjukhusdata

	Somatisk + sluten vård	Sluten + primärvård	Psykiatrisk heldygnsvård + Allmän psykiatri	Barn- och ungdom + Rättpsykiatri	Totalsumma	
Disponibla vårdplatser						
Norrbotten						
2019	399,0	28,0	60,0	5,0	44,0	536,0
2018	442,0	34,0	58,0	4,0	44,0	582,0
2017	467,0	30,0	57,0	5,0	47,0	606,0
2016	504,0	31,0	60,0	5,0	53,0	653,0
2015	519,0	33,0	59,0	5,0	53,0	669,0
2014	566,0	34,0	62,0	5,0	51,0	718,0
2013	598,0	35,0	70,0	4,0	53,0	760,0
2012	610,0	37,0	73,0	5,0	53,0	778,0
2011	597,0	35,0	72,0	5,0	53,0	762,0
2010	617,0	33,0	64,0	5,0	53,0	772,0

4.2 Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

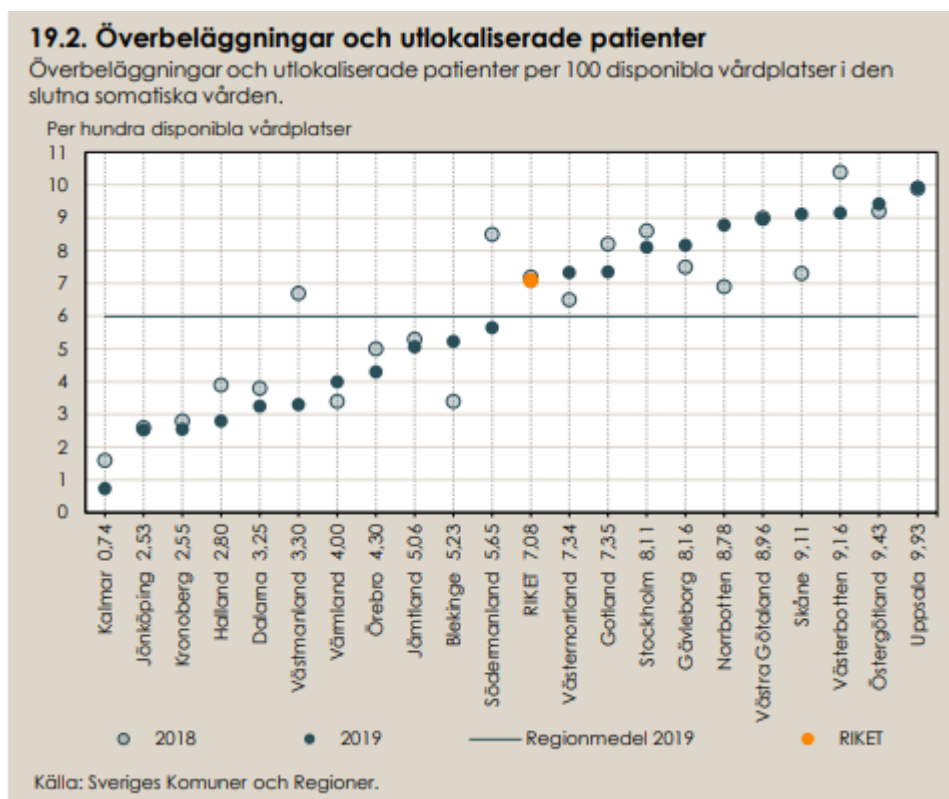
Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person har är en viktig aspekt av tillgänglighet i vården. En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten.

En överbelagd vårdavdelning innebär att patienter vårdas på en plats som inte har den medicinska utrustning som kan behövas och en fysisk arbetsmiljö som ökar risken för vårdskador. Markörbaserade journalgranskningar har visat på en tydligt ökad förekomst av vårdskador i samband med utlokaliseringar av patienter.

Världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter i slutenvården.

För 2019 ligger värdena på i stort sett samma nivå som 2018. För första gången sedan mätningarna startade så ses alltså ingen ökning jämfört med året innan. Socialstyrelsen samlar in uppgifter om antalet vårdplatser i olika länder. Sverige är ett av de länder som redovisar lägst antal slutenvårdsplatser per invånare. Färre vårdplatser kan vara ett tecken på att man arbetar mer effektivt genom exempelvis

kortare vårdtider, förebyggande arbete och vårdinsatser i hemsjukvård och öppenvård som minskar behovet av att skrivas in på sjukhus. En ökande och på vissa håll hög förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar visar dock att slutenvårdsresurserna, oftast i form av personal, i flera fall varit otillräckliga för det aktuella behovet.



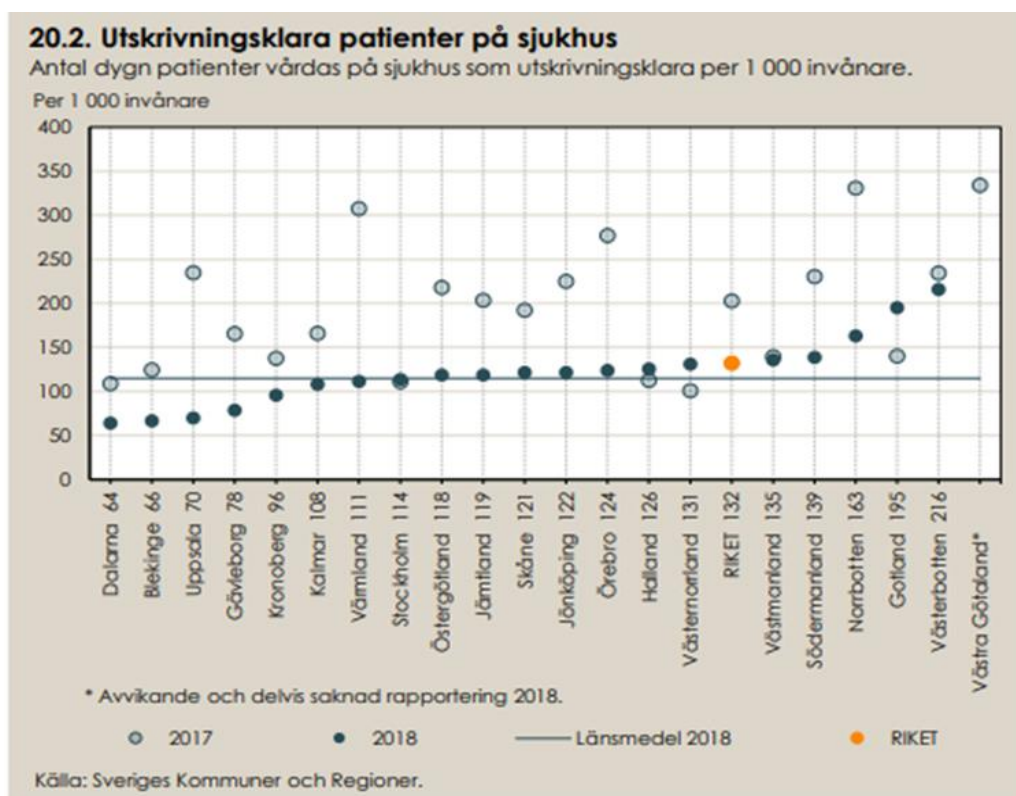
I diagram från SKR jämförs regionerna och riket. Riksgenomsnittet för 2019 var 7,1 överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser vilket var en marginell minskning jämfört med 2018. För de enskilda regionerna varierar antalet stort från 0,7 till 9,9 under 2019. Vissa felkällor kan finnas i mätningen, till exempel vid tillämpning av definitionerna kring disponibel vårdplats och utlokaliserad patient. Relaterade mått och data gällande indikatorerna "Antal överbeläggningar per 100 vårdplatser" samt "Antal utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser" redovisas i Vården i siffror och på www.vantetider.se.

4.3 Utskrivningsklara, återinskrivningar

Indikatorn "Utskrivningsklara patienter på sjukhus" är också intressant att beakta i samband med överbeläggningar och utlokaliseringar. En viktig aspekt på samarbetet i hälso- och sjukvårdssystemet är att en patient som inte längre behöver sjukhusets resurser ska kunna lämna sjukhuset för vidare vård i det egna hemmet eller i andra vårdformer. En person är utskrivningsklar om behandlande läkare inte

längre bedömer att personen behöver slutenvård. Om läkaren bedömer att personen inte klarar sig på egen hand efter utskrivningen ska läkaren kalla till vårdplanering. Kommunerna har ansvar för att en äldre patient ska kunna få fortsatt vård och stöd utanför sjukhus.

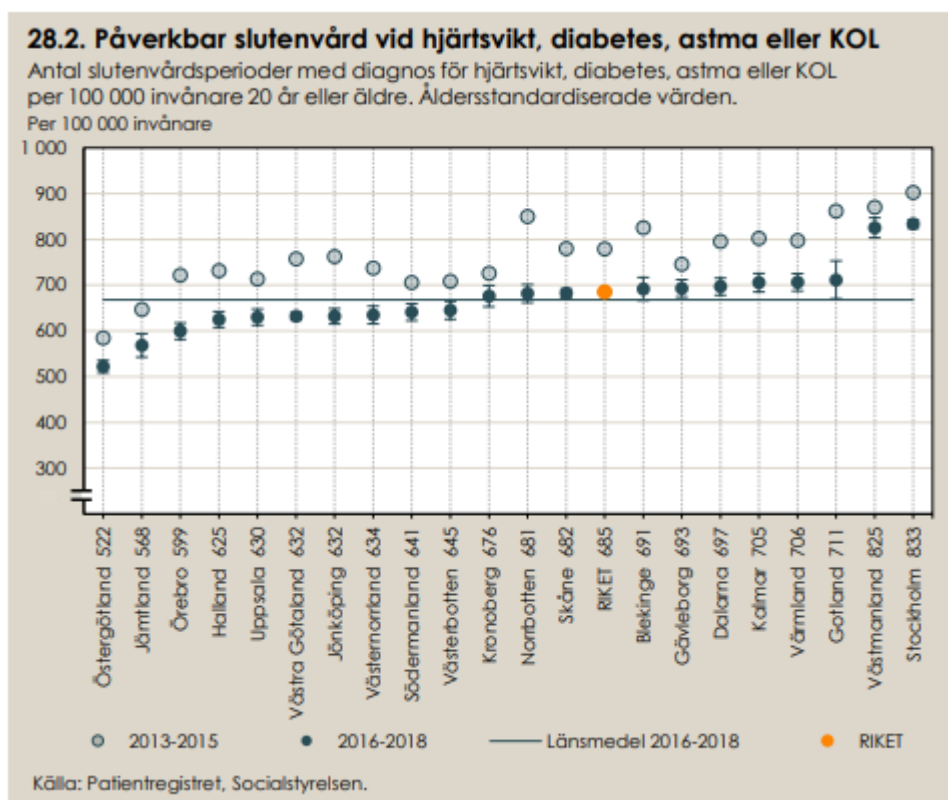
Indikatorn visar summan av dagar patienter varit utskrivningsklara per 1 000 invånare. I riket uppgick antalet till 132 dagar 2018 vilket var en nedgång med 71 dagar jämfört med 2017. Den tydliga nedgången kan kopplas till förändringar i lagstiftningen kring utskrivningsklara patienter. Den 1 januari 2018 ersattes lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård med lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård. Den nya lagen berör flera aspekter av samverkan mellan regionernas slutenvård och kommunernas vård och omsorg. I och med den nya lagen har kommunerna betalningsansvar för utskrivningsklara patienter efter tre dagar, om inget annat avtalats, mot tidigare fem dagar.



För de enskilda regionerna 2018 varierade antalet dygn för utskrivningsklara patienter på sjukhus per 1 000 invånare från 64 till 216.

Ett stort antal dygn som utskrivningsklar per invånare kan vara ett tecken på att kommunerna inte har tillräcklig kapacitet eller att det finns andra brister i

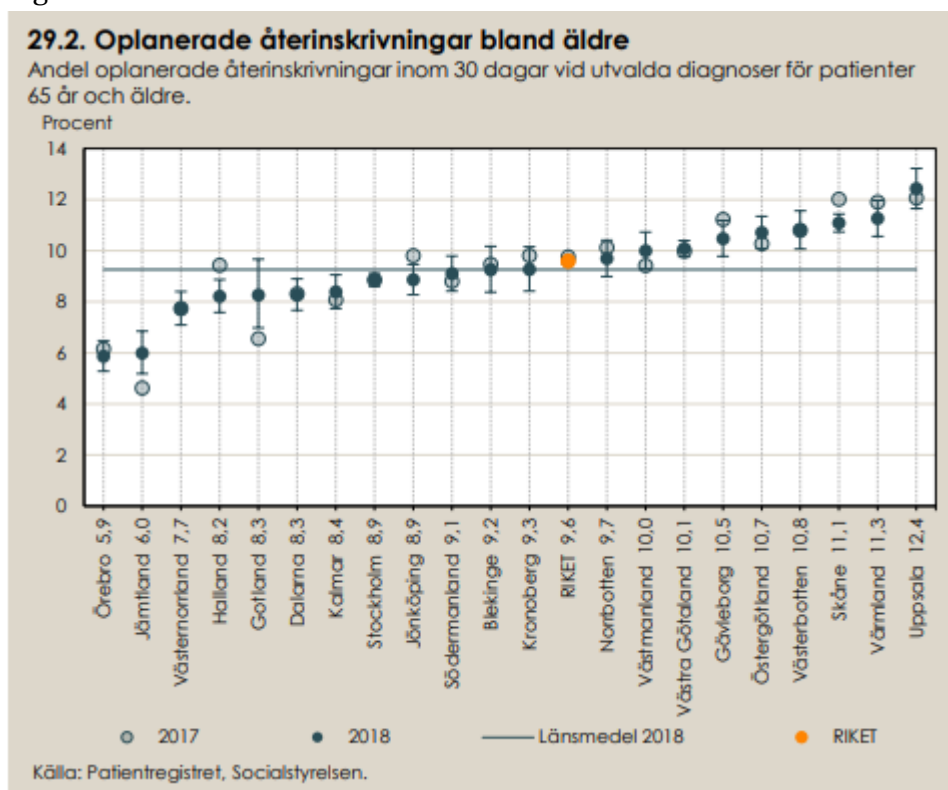
samverkan mellan kommuner och regioner. Relaterade mått och data ”Uppgifter om utskrivningsklara patienter” har börjat följas och redovisas månadsvis på webbplatsen vantetider.se. En relaterad indikator som i vissa fall kan relateras till utskrivningsklara patienter är ”Väntetid till särskilt boende”. Indikatorn presenteras i Kolada. Uppgiften om ”Tid som utskrivningsklar patient på sjukhus” kan följas månadsvis i Vården i siffror.



Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Exempelvis kan samsjuklighet hos äldre personer innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig och svårare att förebygga.

För gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar hjärtsvikt och lunginflammation. Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Variationen är stor mellan regionerna 2018, från knappt 6 procent i Örebro till en dubbelt så hög andel i Uppsala. En felkälla vid jämförelsen kan vara att

kategoriseringen av vårdtillfällen som planerade eller oplanerade kan skilja mellan regionerna.



Indikatorn belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad. Dessutom kan indikatorn påverkas av tillgängliga resurser i primärvård och socialtjänst. Även tillgänglig kompetens, exempelvis gällande demens, i socialtjänsten och primärvården kan påverka indikatorn.

4.4 De norra regionerna

En omvärldsbevakning har genomförts gällande utredningar och rapporter från andra regioner. Västernorrland har i sin utredning gällande vårdplatser från 2019 tittat på vårdavdelningars storlek i den norra regionen, dvs Region JH, Region Norrbotten och Region Västerbotten. Nedan redovisas en kort sammanfattning av utvecklingen i respektive region. Region JH beskriver i den rapporten status gällande vårdplatser på detta sätt:

I Region JH pågår nu ett arbete med att se över antalet vårdplatser och avdelningars storlek. 2016 slogs två avdelningar ihop vid medicinkliniken. Avdelningarna var belägna på samma våningsplan och hade 16 respektive 18 vårdplatser. Dessa slogs sedan samman till en större avdelning med 28 vårdplatser med möjlighet till 32 platser med samma bemanning. För att minska andelen hyrsköterskor startades en "lättvårdsavdelning" med högre bemanning

av undersköterskor. Dessa patienter kunde vara krävande omvårdnadsmässigt, men medicinskt lättare. Andelen hyrsjuksköterskor kunde minskas till 3%. På grund av nya besparingskrav har "lättvårdsavdelningen" blivit nedlagd och nu står ett halvt våningsplan tomt. Utifrån ett projekt med digitalisering där bland annat hemmätning/hembesök ingår, utreder regionen nu en sammanslagning av en lungavdelning på 16 platser med kirurgens onkologavdelning. Vidare ser regionen över in- och utskrivningsprocessen, då man sett att den varierar utifrån in/utskrivande individ. Detta genomförs för att kunna effektivisera processen. Vid rehabiliteringen har de övervägt att flytta en avdelning, men på grund av lokalbrist kommer detta inte att genomföras. Däremot ser regionen över en eventuell minskning av vårdplatser och utökad öppenvård i den verksamheten.

Det var en bild av läget i Region JH i december 2019.

Region Norrbotten beskrev sitt läge på detta sätt vid samma tidpunkt: *Regionen hade 2005 sex förlossningsenheter som minskades till två av patientsäkerhetsskäl, då enheterna var små och för få förlossningar utfördes. I samband med det koncentrerade de slutenvården. Vid Sunderbyns sjukhus fanns en gynekologisk avdelning med 18 - 20 platser och en BB-avdelning med 18 - 20 platser. Med ökad poliklinisering minskades de gynekologiska platserna till 12 och BB hade 20 vårdplatser. 2014 byggdes ett bemannat patienthotell, där utvalda gynekologiska- och BB patienter också vårdades, vilket medförde att avdelningarna slogs ihop till en gemensam avdelning. Nu har de, vid en och samma avdelning, 5 - 7 gynekologiska platser och 13 - 15 BB platser. Under sommaren ökar andelen BB platser. Liknande upplägg finns vid Gällivare sjukhus.*

I samband med omstruktureringen genomfördes risk- och konsekvensanalyser och åtgärder sattes in för att möta de risker och farhågor som framkommit. En lärdom från detta är att ha enhetschefer som är beredda att genomföra förändringen, i annat fall kan det bli svårt att foga samman personalgrupper till en gemensam grupp. Enhetschefen behöver vara aktiv och lyhörd i det arbetet.

I Piteå vid länsdelssjukhuset, med 60 000 personer i sitt upptagsområde, har regionen minskat 20 vårdplatser på medicinavdelningar. Nu har medicin 64 vårdplatser totalt. Avdelningarna har max 24 platser och det är lokalernas utformning som sätter en gräns för storleken. Regionen skulle vilja ha något större avdelningar. För att minska mängden återinläggningar finns sjuksköterskor på akuten, flera vidareutbildade inom intensivvård, för att ta hand om dessa patienter. De ska vidare arbeta för att patienten får den hjälp de behöver utan att behöva bli inlagd på avdelning. Sjuksköterskorna är utbildade i att bland annat trappa upp hjärtsviktsmedicin, då man har sett att en inte ovanlig orsak till inläggning i den gruppen är att de får för lite medicin.

Region Västerbotten minskade antalet vårdplatser under perioden år 2005 - 2010. *Regionen såg att små enheter är dyra och sårbara bemanningsmässigt. Frågan om vårdplatser har varit viktig i Västerbotten och de har haft en hög andel sjukhusvård. Det har varit en ekonomiskt tvingande fråga att åtgärda små avdelningar och se över antalet vårdplatser så att nyttjandegraden blir hög.*

Vid införande av länskliniker, omkring år 2013, kunde en större reduktion av antalet vårdplatser genomföras. I samband med det gjordes en genomlysning av

verksamheterna och graden av poliklinisering ökades. Upplevelsen inom regionen är nu att antalet vårdplatser och storlek på avdelningar vid Norrlands Universitetssjukhus är, inom de flesta avdelningar, på rätt nivå. Dock finns det några små enheter kvar som är dyra och sårbara bemanningsmässigt.

Urologens avdelning slogs initialt samman med kirurgavdelningen men det fungerade inte bra. Stor del av kirurgverksamheten är akut och inom urologverksamheten är det mest planerade insatser. De hade också enbart ett fåtal patienter med urologiska problem. Nu hör urologavdelningens platser ihop med gynekologavdelningen och de passar bättre tillsammans och det fungerar bra. För Skellefteå-Lycksele sjukhus anser regionen att antalet vårdplatser är på rätt nivå.

De erfarenheter som **Västernorrland** har tagit del av från angränsande regioner, visar på att alla har reducerat vårdplatser inom slutenvården och slagit samman enheter. Sedvanliga risk- och konsekvensanalyser har gjorts och inga negativa erfarenheter av förändringarna har framkommit i samtalen. I dagsläget pågår eller planeras ytterligare översyn kring neddragningar av vårdplatser, sammanslagningar av avdelningar samt ökad poliklinisering i Region Västernorrland.

5. Förslag till förändring av antalet vårdplatser

Utmaningarna när det gäller rekrytering av personal och kompetensförsörjningen, i kombination med krav på kostnadsreduceringar, medför att samarbete och samutnyttjande av befintliga resurser behöver effektiviseras mellan kliniker, både personellt och lokalmässigt. Utifrån genomförd översyn av antalet vårdplatser, föreslås att antalet fastställda vårdplatser reduceras med sammantaget 11 somatiska vårdplatser vid Östersunds sjukhus.

Analys av effekter från olika förslag genom risk- och konsekvensanalyser behöver genomföras i berörda verksamheter. Det finns flera faktorer som samverkar till att förslagen till reduktion bedöms möjliga att genomföra, nya behandlingsformer, förändrade verksamheter, ökad samverkan mellan enheter och sammanslagningar. Effektivare utskrivningsprocesser i samverkan med kommunerna i regionen är ytterligare en faktor liksom en ökad andel polikliniska åtgärder. Förslaget till reduktion avses kombineras med ett införande av en enhet med så kallade Intermediärvårdplatser på Östersunds sjukhus, samt en successivt ökande nyttjandegrad av befintliga kvarvarande observationsplatser.

Ett uppdrag kan också på sikt starta upp för att undersöka möjligheterna att skapa patienthotell med några platser på en av opererande enheternas avdelning, där plats finns att nyttja.

En viktig utgångspunkt för de förändringar som föreslås är att det ska kunna genomföras med hanterbara risker ur invånarperspektivet. Den utveckling och de verksamhetsmässiga förändringar som skett och pågår, har inneburit att de budgeterade platserna inte nyttjats fullt ut de senaste åren. De disponibla platserna varierar över tid eftersom en av parametrarna för att en plats ska vara disponibel, är att den ska ha en bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. I februari 2018 var antalet disponibla vårdplatser 253 platser och i februari 2019 var antalet 227 platser. Samtidigt är antalet vårdplatser som kan nyttjas periodvis för

få, till följd av svårigheter att bemanna tillräckligt antal vårdplatser. Det bidrar till överbeläggningar och risker ur olika perspektiv. Det är något som också behöver beaktas i framtidens riskanalyser. Det är dock inte kopplat till antalet budgeterade och i framtiden fastställda vårdplatser. Eftersom svårigheterna med rekryteringar inom verksamheterna förväntas kvarstå, är bedömningen att situationer med för få antal disponibla vårdplatser, kommer att vara en fortsatt stor utmaning för specialistvården. En inventering av hur många tillgängliga fysiska vårdplatser som finns vid Östersunds sjukhus, visar att många sängar idag står outnyttjade. Tillgången till fysiska vårdplatser innebär också att det kommer att finnas goda lokalmässiga förutsättningar att, vid behov, göra fler platser disponibla eller överbelägga.

Arbetsmiljöperspektivet ska inte påverkas av förslaget till reduktion av antalet föreslagna fastställda vårdplatser. Arbetsmiljön ska säkerställas genom koppling till hur många vårdplatser som bedöms behövas finnas disponibla från tid till annan. I det fortsatta arbetet med att skapa större avdelningar och optimera nyttjande av både personal och lokaler, är det viktigt att analysera effekter på arbetsmiljön och minimera risker.

Riskanalys är en metod som används för att identifiera risker i en verksamhet som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Riskerna kan gälla i den befintliga verksamheten eller risker som uppstår vid förändringar. Förslaget kopplade till vårdplatser på Östersunds sjukhus bör analyseras där det bedöms nödvändigt.

Förslaget innebär att antalet budgeterade/fastställda vårdplatser reduceras samtidigt som de är fler än dagens disponibla. Eftersom antalet disponibla vårdplatser ska vara anpassade till aktuell bemanning ska beslut om antal fastställda vårdplatser inte påverka arbetsmiljön. Förslag kring större enheter, är en arbetsmiljöfråga såväl som patientsäkerhetsfråga. Små enheter blir mycket sårbara ur ett bemanningsperspektiv, speciellt nattetid. Detta behöver verksamheterna analysera ytterligare.

Omställningskostnader som exempelvis att anpassa lokaler kommer att uppstå. Dessa behöver beräknas när underlag finns. Då alla delar av förslagen inte är klara är det svårt att göra beräkningar av utfallet i ekonomiperspektivet av de enskilda förslagen. Fördjupade analyser behöver genomföras när mer underlag finns tillgängligt.

Samtidigt är det hälso- och sjukhusdirektörens intention, kopplat till förslaget om reduktion av antalet budgeterade/fastställda vårdplatser, att införa intermediärvårdsplatser vid Östersunds sjukhus.

5.1 Utredningens bakgrundsfakta och förslag till beslut

Inledningsvis började utredaren med att samla fakta kring siffror. Både från nationella databaser och från regionens egna system. Dessa sammanställdes och möten bokades med de områdeschefer som har ansvar för de somatiska vårdplatserna på Östersunds sjukhus. Områdeschef tillsammans med inbjudna enhetschefer träffade utredaren och tittade tillsammans på siffrorna. Detta för att säkerställa att siffror som tagits fram upplevdes korrekta av respektive verksamhet.

De frågeställningar som diskuterades var:

- Vilka faktorer ligger till grund för dimensionen av vårdplatser och dess resurser?
- Överbeläggningar (öb) hur ofta?
- Säsongsvariationer?
- Utlokaliserade (ul), hur ofta? Vilka kriterier gäller för att utlokalisera?
- Hur rapporteras öb och ul?
- Hur säkerställs patientsäkerhet vid öb och ul?
- Hur sker daglig styrning på enheten?
- Hur sker förändring av vårdplatsantal?
- Vilka samverkar er klinik med i första hand?
- Vi går igenom bilderna – stämmer de med er uppfattning/upplevelse?
- Hur många vårdplatser behöver er klinik på respektive avdelning och varför?
- Vilka flaskhalsar ser ni idag?

De fick sedan nedanstående siffror presenterade tillsammans med sina egna verksamhetsspecifika kopplade till frågeställningarna.

Vårdplats data jan 2018 - aug 2020 ÖSD

KlinikBB	Vpl/dag	Beläggning %	Pat in/dygn	Varav akuta	DRG/pat	Medel-vårdtid
Medicin	70,7	103,36 (65,5)	18,13	16,68	0,77	3,89
Kirurg	47,91	91,49 (51,5)	12	9,36	0,88	4
Ortoped	35,98	83,35 (37,29)	7,92	5,46	1,09	4,51
Barn+Neo	9,85	69,81 (16)	2,45	2,08	0,9	4,03
BB+Gyn	14,21	80,35 (17,4)	6,09	2,67	0,66	2,28
ÖNH	2,33	Ingår hos kir	0,98	0,69	0,72	2,36
Ögon	0,32	Ingår hos kir	0,14	0,1	0,38	2,27
Infektion	16,06	88,77 (16,4)	2,76	2,54	0,77	5,8

Siffran inom parentes i kolumnen beläggning står för antal disponibla vårdplatser öppna i snitt under perioden.

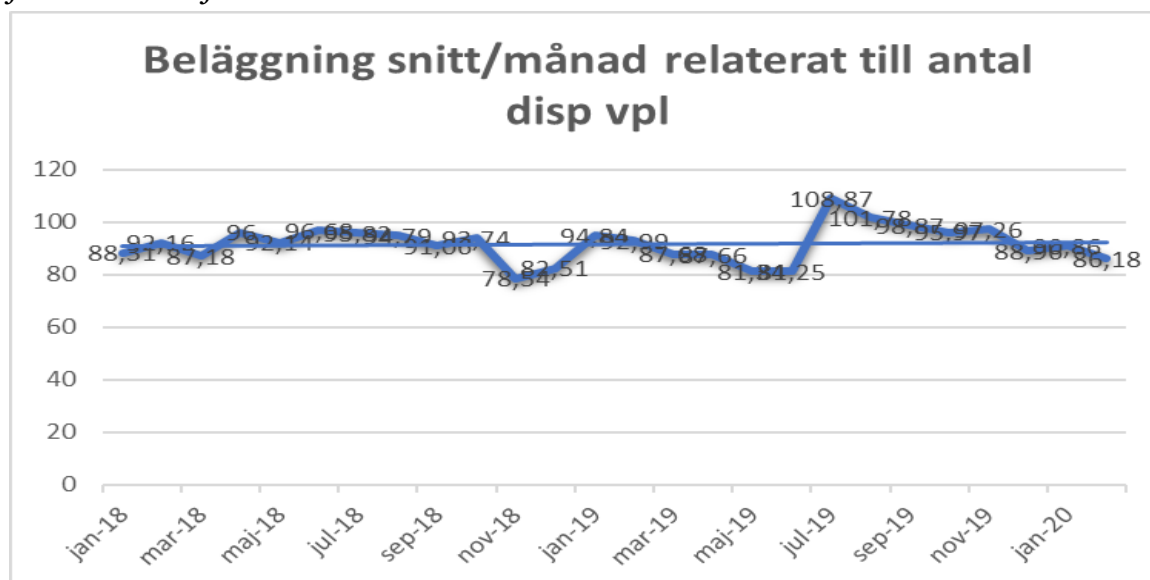
Här följer nu en presentation per område.

5.2 Vårdplatser Område Kirurgi, med kommentarer kring ÖNH/Ögon och STV

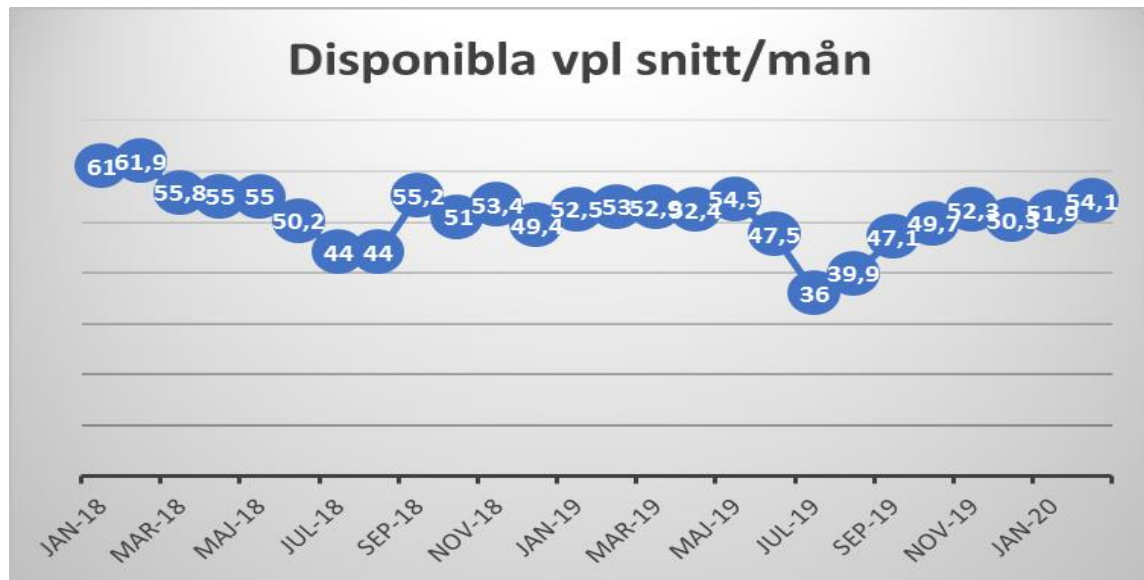
Nuläge hösten 2020 är att 40 disponibla vårdplatser är öppna. Området har även överenskommelse med gynekologiavdelningen om tillgång med två vårdplatser, samt ortopedavdelningen med fyra vårdplatser, enligt överenskomna kriterier. Dessa kriterier gör att de flesta kirurgiska patienter ej kan placeras på dessa vårdplatser. För kirurgavdelningarna har detta inneburit överbeläggningar cirka hälften av dagarna under oktober och november, med 1 - 9 överbeläggningar/dag (41-49 patienter).

Tilldelad budget 2020 har skett för 56 öppna vårdplatser. Hösten 2018 ändrades antalet från 62 vpl till 56 vpl, det r/t att PONK öppnar. Bröst, gallor får ett bättre flöde och KAVA inrättas. Disponibla platser var under januari och februari 2020, 52 - 54, från april och till nu 40. På dessa platser vårdas område kirurgens patienter, inklusive PONK, samt område Öron-Näsa-Hals (ÖNH), Ögon och Specialisttandvården (STV). 2012 tillkom ÖNH/ögon som innan dess haft en egen avdelning (411), idag är behovet för ÖNH 1 - 2 vpl/dygn, STV 1 dygn/vecka och för ögon sporadiskt.

Beläggningen för dessa vårdplatser innan pandemin påverkade har för perioden januari 2018 - februari 2020 varit:



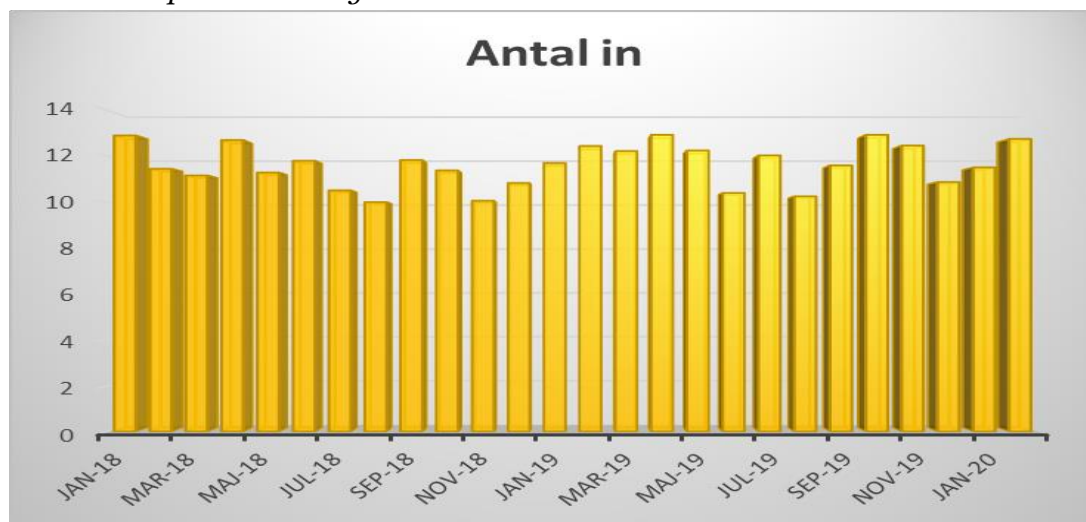
Under samma period har i snitt detta antal vårdplatser varit disponibla:



I nuläget finns på plan 13 hus 8, 24 disponibla vpl. På plan 11 hus 8, finns 16 vpl varav 4 vpl är för PONK. På plan 13 finns utrymme för 44 vpl och på plan 11 finns plats för 39 vpl.

Totala antalet patienter in per dygn redovisas i bild nedan, tidsperioden är januari 2018 - februari 2020 (26 månader). Pandemins påverkan from mars 2020 påverkar siffror i sådan grad att dessa selekterats bort i beräkningarna.

Slutenvårdspatienter inlagda akuta + elektiva

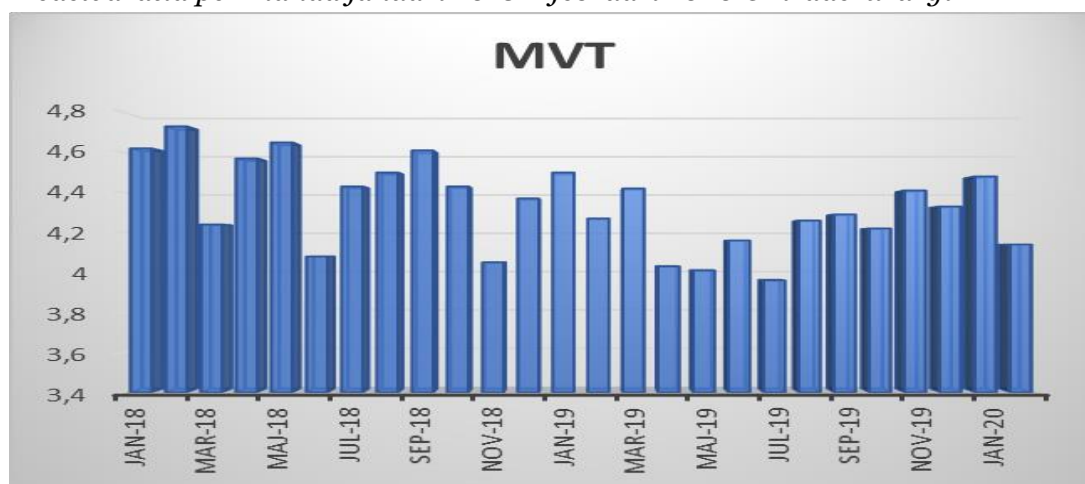


Verksamheten upplever att de akuta inläggningarna har minskat med åren som gått och är i nuläget ca 7 - 8/dygn. Behovet av elektiva platser uppskattas till 6 - 7 patienter/dag må-to och 3 - 4 patienter fredagar. ÖNH påpekar att de har operationsköer inom sitt område som även det behöver beaktas.

Området upplever inga större variationer gällande årstider i antal patienter, dock finns skillnad i sökorsak, vinter relaterat till snöaktiviteter och sommar till cykel.

Verksamheten uppger även att bostadsort/hemadress påverkar inskrivningen, om patienten har långt att åka kan hen bli kvar över natten kontra någon som bor i Östersund, det påverkar även vid hemgång.

Medelvårdtid per månad januari 2018 – februari 2020 Område kirurgi



Verksamheten bedömer att medelvårdtiden för 2018 - 2019 kan vara falskt låg då överflyttning skedde till LÄVA och tiden räknades där. LÄVA stängdes inför sommaren 2019. Medelvårdtiden har för området sjunkit vilket relateras till ökad dagsjukvård. Verksamheten upplever att de som läggs in är sjukare nu än tidigare.

Medelvårdtiderna varierar mellan avdelningarna och specialiteterna.

Avd	2018	2019
Kir 1	2,48	2,91
Kir 2	6,8	5,43
Kir 3	3,99	3,2
Kir 4	3,49	3,52
PONK	8,8	5,48
Kirurggen	4,2	3,8

Avd	2018	2019
Ögon	2,29	1,95
ÖNH	2,38	2,51
STV	2	1,62

Medelvårdtider - Vården i siffror			
Kirurg	Diagnos	MVT RJH	MVT Riket
	Mag/tarmop fetma	3,2	2,4
	större tarmop	11,7	10,3
	gallop	5,1	4,5

Utlokaliserade patienter område kirurgi per 100 disponibla vårdplatser kl. 06.00



Området beskriver att utlokalisering kan ske medvetet gällande infektionspatienter samt trauman till ortopedin, en rutin finns för vilka som kan utlokaliseras. För Covid-positiva och misstänkta, har det varit ett medvetet val att utlokalisera dessa till Covid-avdelning. Utlokaliseringarna har ökat i samband med minskat antal disponibla vårdplatser. ÖNH har fått utlokalisera sina patienter av och till vilket inte uppfattas som optimalt. I nuläget är det svårt att hitta patienter som kan utlokaliseras till ortopedin enligt den nya överenskommelsen. För att säkerställa en trygg vård för patienten när denne läggs in från akuten ska patienten alltid till hemavdelning först. Enda undantag är vissa patientkategorier till gyn-avdelningen, där det finns rutin avseende detta.

Avdelningsbyten inom kliniken känns rätt för verksamheten, patienten rondas alltid av "sin" läkare oavsett om den ligger på "fel" avdelning. Det är vårdpersonal som byter patient så att rätt kompetens vårdar. Området upplever inte att detta skulle förlänga någon vårdtid, snarare att det istället blir mer rätt. Byten sker i samband med byte mellan dag och kväll.

Gällande återinskrivningar så är det högt för PONK:en, vilket är väntat r/t diagnoser. Övriga avdelningar ligger runt 16 % och når därmed målet <17%. Området upplever inte att patienter skrivs hem för tidigt. Återinskrivningar kan vara cancerrecidiv med ohållbar situation i hemmet. En annan typ av återinskrivning kan vara en patient som legat inne för akut galla och går hem i väntan på subakut operation.

Förslag till antal fastställda vårdplatser baserat på ovanstående för Område kirurgi är 52 st. med möjlighet till 6 överbeläggningar. I detta ingår Stor-PONK med 8 vårdplatser.

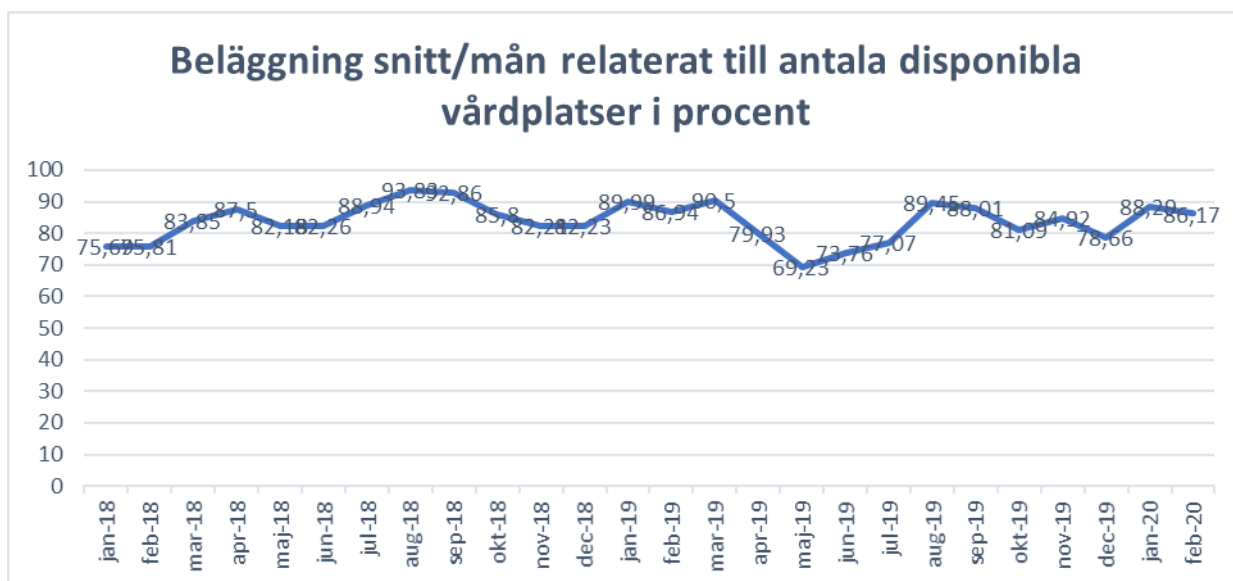
Verksamheten bedömer själva sitt behov till mellan 50 - 52, och påpekar samtidigt att personalläget är en utmaning.

5.3 Vårdplatser Område Ortopedi

Nuläge hösten 2020 är att 40 disponibla vårdplatser är öppna. Området har även överenskommelse med kirurgkliniken som kan använda fyra vårdplatser för kirurgiska patienter, enligt överenskomna kriterier. Dessa kriterier gör att de flesta kirurgiska patienter ej kan placeras på dessa vårdplatser. Det har under hösten 2020 funnits en god tillgång på ortopediska vårdplatser med en beläggning på 80 - 83 %.

Tilldelad budget för 2020 är 42 öppna vårdplatser, vardagar. Denna siffra har varierat under året relaterat till pandemin. Området har ej haft tillgång till det antal operationssalor som krävs för att klara operationsbehovet. Utöver det har ortopedkliniken delvis bemannat akutmottagningen under april-september via den centrala bemanningsorganisationen. Under semesterperioden var 16 vårdplatser öppna. På avdelningen finns tre sektioner akut-, elektiv och geriatrisk ortopedi.

Beläggningen för dessa vårdplatser innan pandemin påverkade har för perioden januari 2018 - februari 2020 varit:



Verksamheten upplevde vid presentationen att beläggningen borde varit högre än dessa siffror. Utredaren har kontrollerat siffror både gällande enskild vecka samt veckodagar. Detta gav ingen annorlunda bild jämfört med bild ovan.

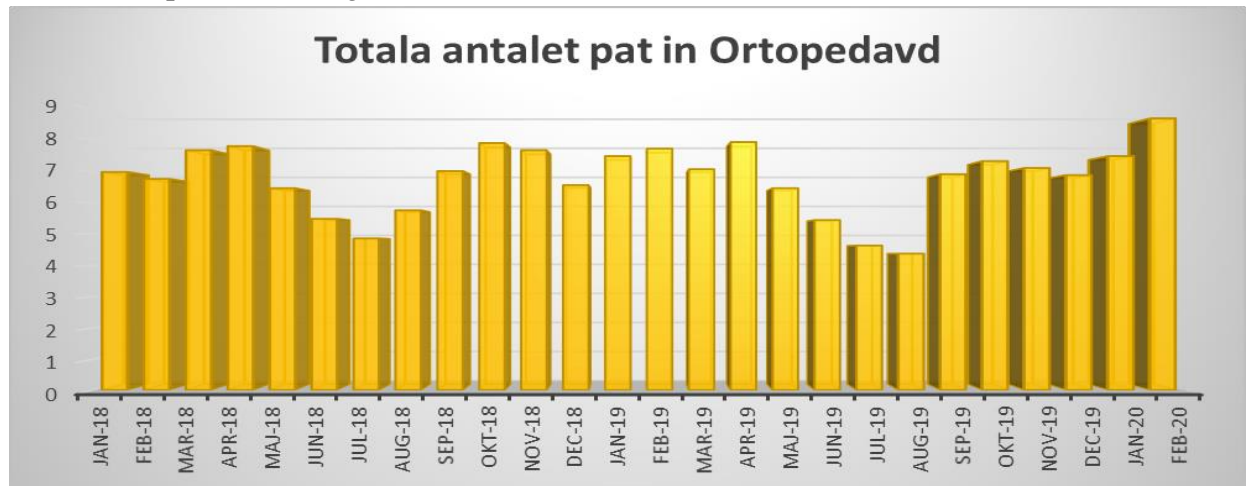
Under samma period har i snitt detta antal vårdplatser varit disponibla:



In nuläget finns på plan 9, 40 disponibla vårdplatser. Planet har kapacitet till 48 vårdplatser. Hissarna upplevs som begränsande för verksamheten. De ser möjligheter till att effektivisera flödet kring de nyopererade patienterna t.ex. att röntgen sker på väg upp från uppvakningen till avdelningen.

Totala antalet patienter in per dygn redovisas i bild nedan, tidsperioden är januari 2018 - februari 2020 (26 månader). Pandemins påverkan from mars 2020 påverkar siffror i sådan grad att dessa selekterats bort i beräkningarna.

Slutenvårdspatienter inlagda akuta + elektiva



Verksamheten beskriver säsongsvariationer med topp i januari till april, kopplat till vinterturism. De beskriver vid mötet planeringen kring de elektiva intaget som är cirka 24 operationer/vecka. Något som verksamheten arbetar med för att skapa en välfungerande produktions- och kapacitetsplanering. De upplever att behovet av elektiva vårdplatser är 14 med en neddragning på helgen till 7. För att klara sitt uppdrag önskar verksamheten mer operationstid.

Ett förslag som de själva presenterar är:

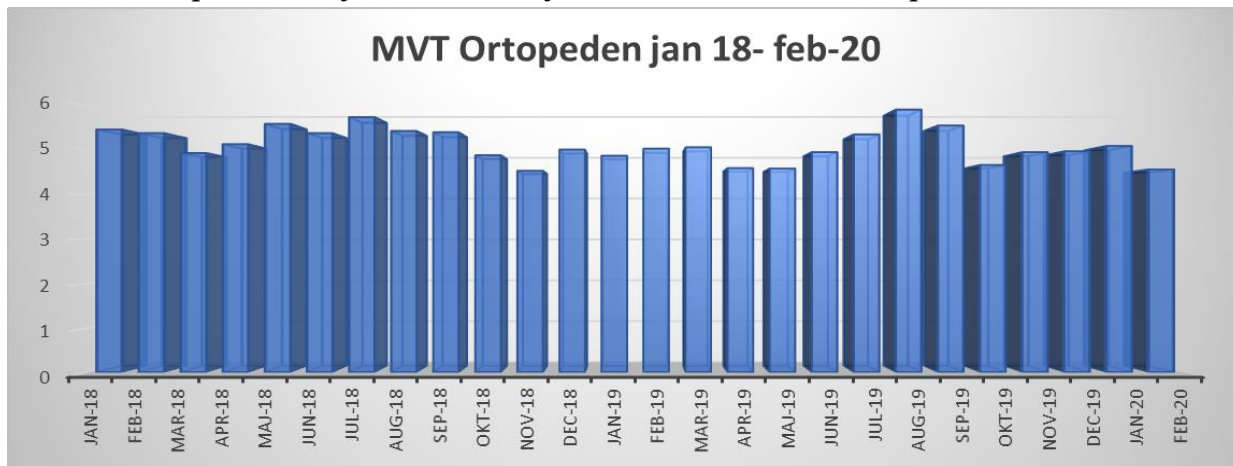
Vårdplatser och ortogeriatrisk del av avdelningen

- De ortogeriatriska patienterna har komplexa behov och kräver en stark utskrivningsprocess.
- Ortogeriatrisk team har funnits på avdelningen innan Covid19.
- Rekrytering av geriatriskt intresserad ickeortoped pågår.
- Del av avdelningen föreslås som ortogeriatrisk
 - Elektiva platser 7 – 14 – 7 – 2
 - Akutortopedi 14
 - Ortogeriatriskt team 12

33 – 40 – 33 – 28

- Drygt 35 vpl genomsnitt / vecka under terminerna, 28-32 sommar och jul?

Medelvårdtid per månad januari 2018 – februari 2020 Område ortopedi



Medelvårdtid varierar mellan enheterna.

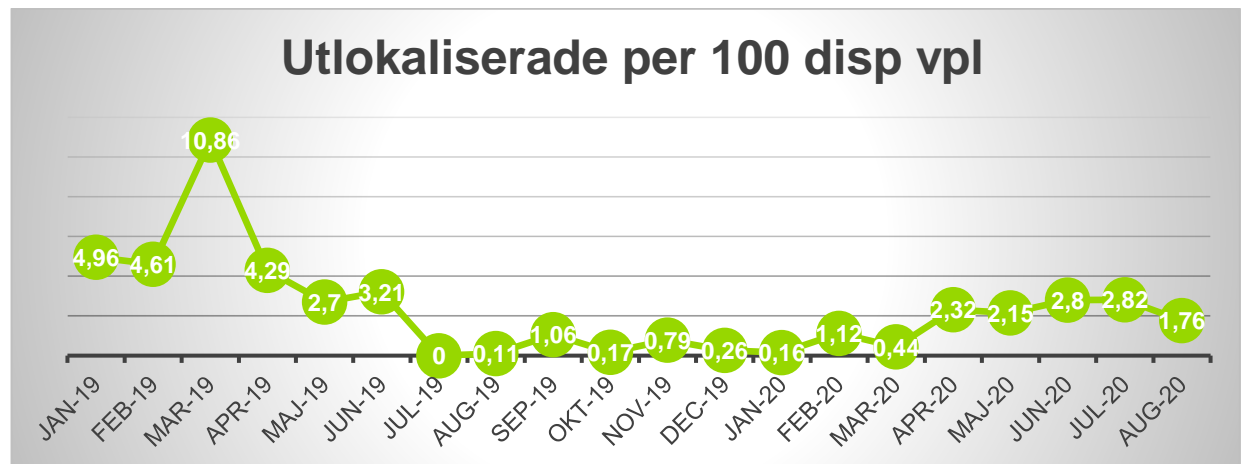
Avd	2018	2019
Ort Akut	5,01	4,95
Ort elektiv	3,09	2,57
Ort geriatrik	6,41	7,09
Ortopeden	4,66	4,44

Medelvårdtider - Vården i siffror		MVT RJH	MVT Riket
Ortoped	Diagnos		
	op bäcken, höft, lår ej proteser	6,9	7
	op höftprotes	5,2	4,9
	op knäprotes	4,1	3,2

Medelvårdtiden för ortopedien har minskat för den akuta och elektiva sektionen. Upplevelsen är att det varit färre frakturer och fler äldre och sjukare patienter. När det gäller de äldre patienterna så är även upplevelsen hos verksamheten att det inte fungerar optimalt med de utskrivningsklara/hemgångsklara patienterna. Avdelningen har skapat flexibla lösningar som att t.ex. öppna en 4-sal i väntan på korttidsplats i kommunen. De beskriver även förbättringspotential kring utskrivningsprocessen på avdelningen, då relaterat till utklardatum.

I jämförelse med riket finns här potential att arbeta med förbättringsarbete som på sikt kan sänka medelvårdtiden och därmed skapa möjlighet att se över antalet fasta vårdplatser.

Utlokaliserade patienter område ortopedi per 100 disponibla vårdplatser
kl. 06.00



Området beskriver att utlokalisering kan ske planerat gällande infekterade patienter. På avdelningen finns rum med sluss vilket gör att dessa patienter även vårdas på avdelningen, då Infektionsavdelningen inte har möjlighet att ta emot. Traumapatienter kan inledningsvis vara kirurgiska och uppfattas som utlokaliserade. För Covid-positiva och misstänkta, har det varit ett medvetet val att i vissa fall utlokalisera dessa till Covid-avdelning, Utlokaliseringarna ökade i samband med minskat antal disponibla vårdplatser under våren och sommaren. För att säkerställa en trygg vård för patienten när denne läggs in från akuten ska patienten alltid till hemavdelning först.

Avdelningsbyten inom kliniken sker ej då det endast finns en avdelning.

Återinskrivningar 2019 var 12,75 % och når därmed målet <17%.

Verksamheten berättar att de har egen klinisk farmaceut på avdelningen som projekt. Detta är mycket uppskattat av personalen.

Förslag till antal fastställda vårdplatser baserat på ovanstående för Område Ortopedi är 40 st. med möjlighet till 4 överbeläggningar.

Verksamheten bedömer själva sitt behov till 40 vårdplatser under vardagar. Viktigt att ha möjlighet att växa vid säsongstoppar.

5.4 Vårdplatser Medicin Område HIM (Hematolog/Infektion/Medicin) och Område HNR (Hjärta/Neurologi/Rehabilitering)

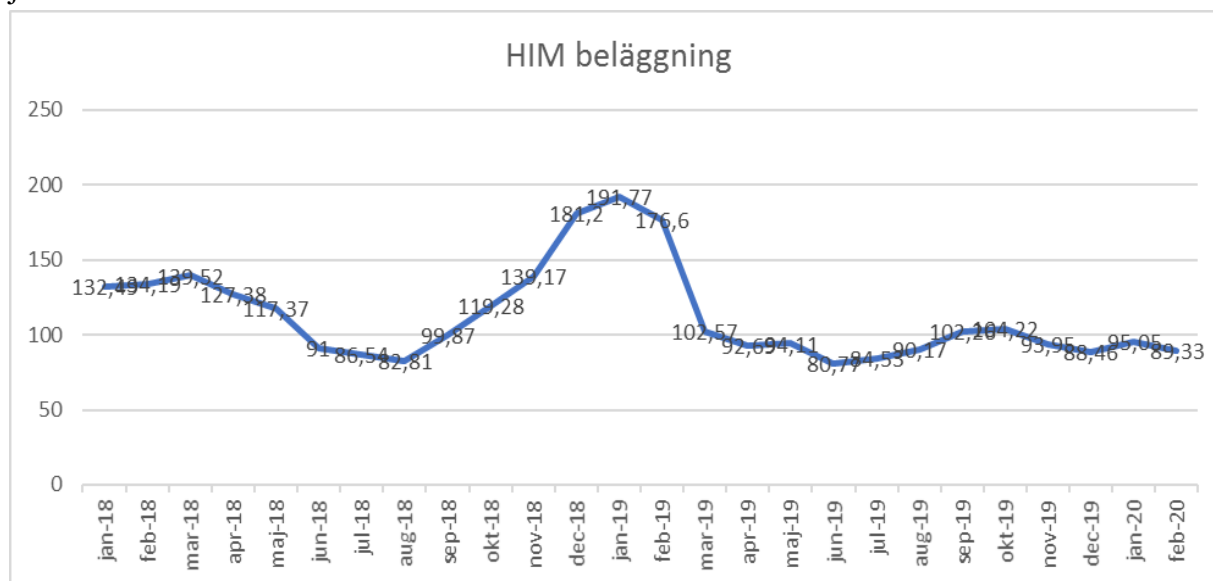
Dessa två områden presenteras gemensamt då de båda har gemensamma patienter.

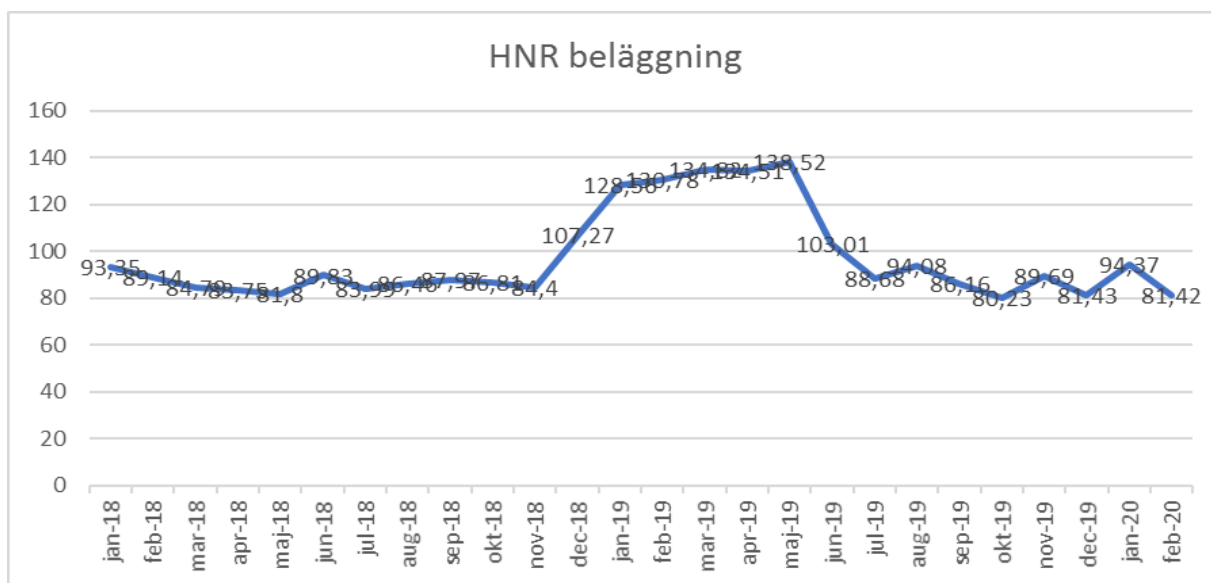
Nuläge hösten 2020 är att 50 (HIM) +50 (HNR) disponibla vårdplatser är öppna. Dessa är fördelade för HIM – 7 vpl Hematologen, 14 vpl Njure/Endo/MageTarm, 17 vpl, Infektionsavdelningen och 12 vpl Lungavdelningen.

HNR 19 vpl Hjärtavdelningen, 15 vpl Strokeavdelningen och 16 vpl Rehabiliteringen vid Remonthagen. Det har under hösten 2020 varit en varierande tillgång på medicinska vårdplatser med en beläggning på mellan 81 - 98%.

Tilldelad budget för 2020 är 115 öppna vårdplatser, (HIM 56, HNR 59). Disponibla vårdplatser har varierat under året, med som lägst 81 vårdplatser. Under semesterperioden var 82 vårdplatser öppna.

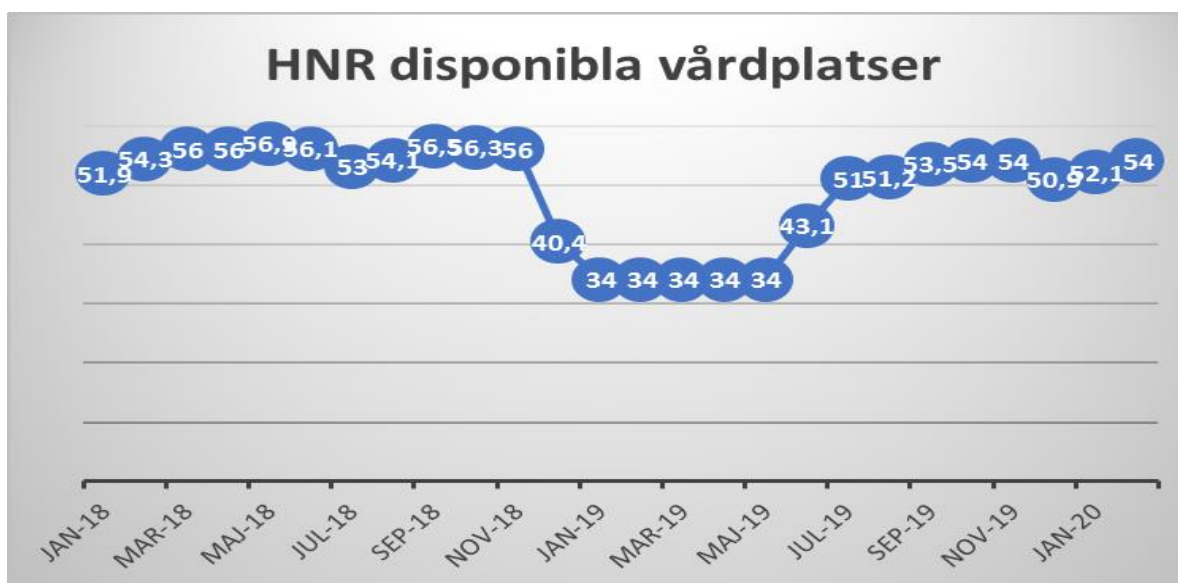
Beläggningen för dessa vårdplatser innan pandemin påverkade har för perioden januari 2018 - februari 2020 varit:





Både HIM och HNR var under hösten 2018 fram till sommaren 2019 mycket högt belagda. Vilket relaterar till antalet öppna disponibla vårdplatser som redovisas nedan.

Under samma period har i snitt detta antal vårdplatser varit disponibla:



Periodvis var det enbart 63 vårdplatser disponibla för medicinområdet under hösten 2018 till sommaren 2019. I de beräkningar som gjorts i denna utredning framkommer att medicins behov är 100 vårdplatser under semesterperioden, då verksamheten behöver reducera för att klara bemanningen.

Medicin (Område HIM + HNR) har sina avdelningar i hus 8, hus 9 samt Rehabiliteringen vid Remonthagen. I utredningen ingår enbart de somatiska vårdplatser på sjukhuset. Rehabiliteringen har i nuläget 16 vpl öppna vilket av verksamheten bedöms vara ett relevant. Till dessa platser är mobila team anslutna, MIST (mobilt stroketeam) och MÖRT (mobilt rehab team).

Infektionsavdelningen är lokaliserad i hus 9, plan 2 med 17 öppna vårdplatser och 2 överbeläggningsplatser.

I samma hus på plan 5 finns Lungavdelningen med 12 öppna vårdplatser, här finns utrymme för 21 vårdplatser, 3 enkelrum och 9 tvåbäddsrum. Kopplat till avdelningen finns det mobila närvårdsteamet – MINT. Detta är den minsta avdelningen av de medicinska. Det är den avdelning som har de längsta medelvårdtiderna och i perioder har brist på vårdplatser för de lungmedicinska patienterna.

Övriga medicinavdelningar finns i hus 8. Hjärtavdelningen ligger på plan 7. I nuläget är 19 vårdplatser öppna, varav 6 av dessa är HIA-platser. Här finns tillgång till 23 vårdplatser.

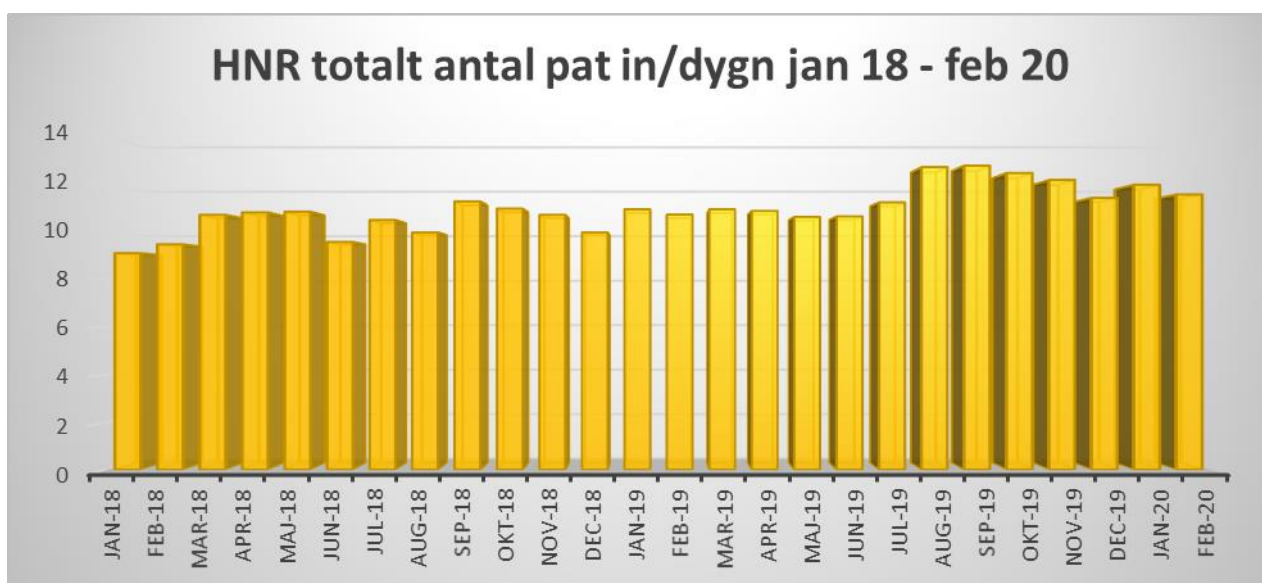
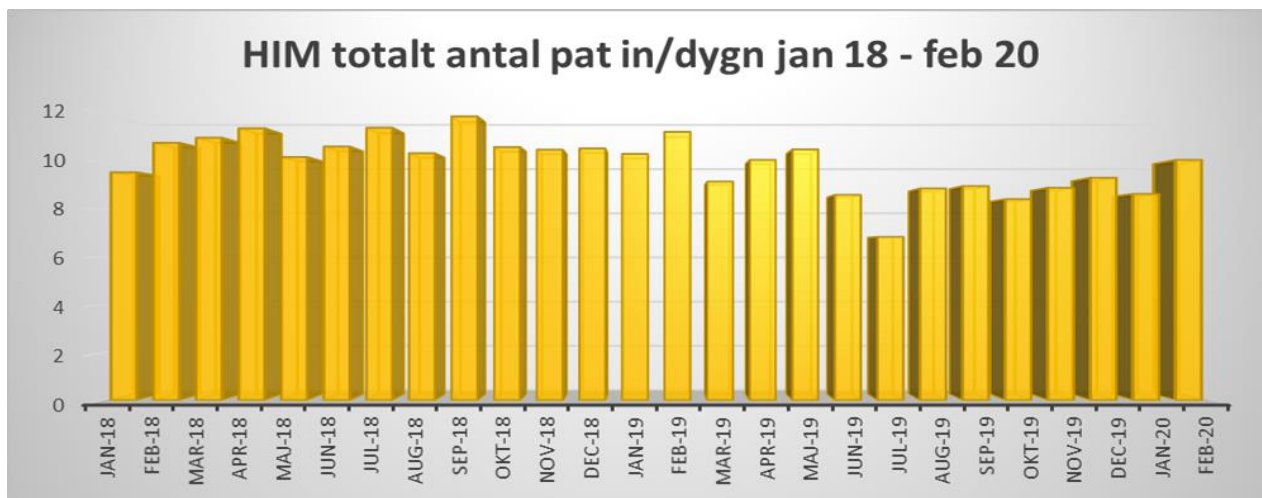
På plan 8 finns vårdplatser för hematologi, endokrinologi, njurmedicin, mage- och tarm. Tillsammans har de idag 21 öppna vårdplatser på avdelningen med utrymme för 32.

Strokeavdelningen finns på plan 10 med 15 öppna vårdplatser. Denna avdelning har behov av fler, verksamheten beskriver att denna patientgrupp ofta placeras på annan medicinavdelning då det inte alltid finns plats att få. Undantaget är Rädda-Hjärnan-larm som alltid tas emot på avdelningen. Lokaler på avdelningen i nuläget, ger möjlighet att ha 20 vpl öppna.

Områdena har som mål att Hjärt-, Infektion- och Strokeavdelningen alltid ska ha möjlighet att ta emot patienter dygnets alla timmar. De arbetar för att alltid ha platser tillgängliga inför natten. Målet är att patienten hamnar rätt från början, vilket är betydelsefullt.

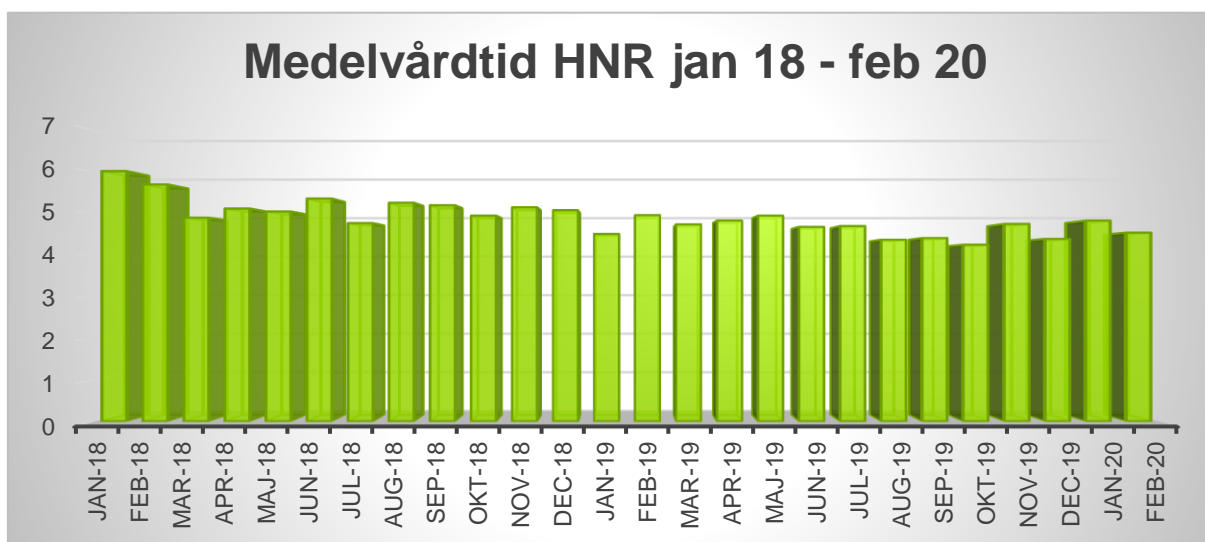
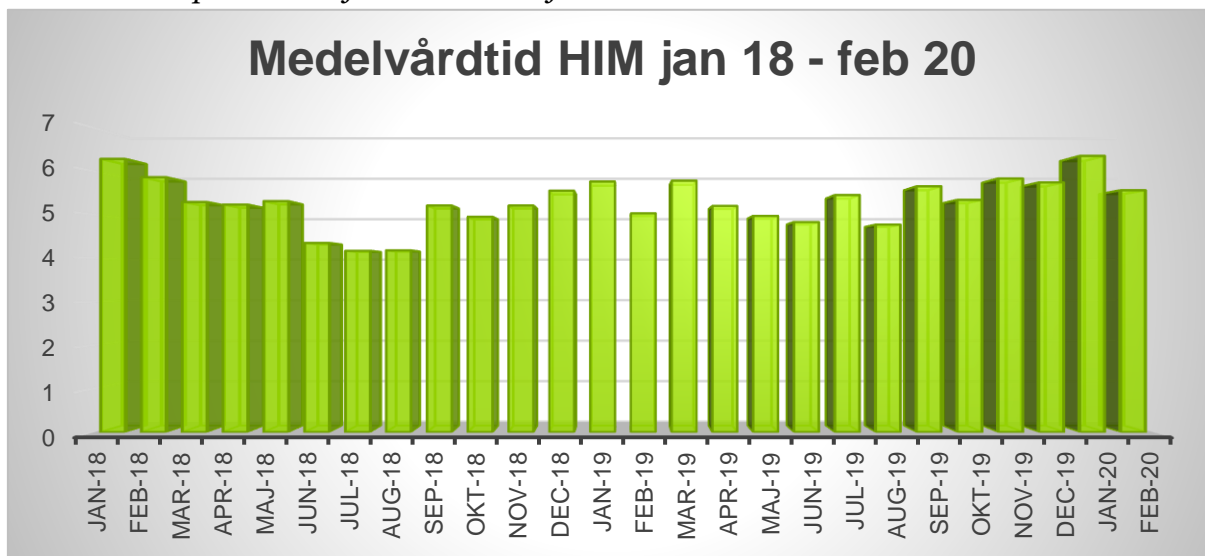
Totala antalet patienter in per dygn redovisas i bild nedan, tidsperioden är januari 2018-Februari 2020 (26 månader). Pandemins påverkan från mars 2020 påverkar siffror i sådan grad att dessa selekterats bort i beräkningarna.

Slutenvårdspatienter inlagda akuta + elektiva



Medicin har högre andel akut inflöde jämfört med opererande verksamheter. Verksamheterna upplever att de inläggningar som sker är relevanta, samt att det fungerar bra i samverkan med hälsocentralerna och kommunerna. Utskrivningsprocessen har förbättrats och upplevs idag fungera väl. Återinskrivningar följs på områdesnivå där målet <17 % nås.

Medelvårdtid per månad januari 2018 – februari 2020 Område HIM+HNR



Medelvårdtiderna för HIM varierar med årstiderna, med toppar i januari över 6 dygn och under sommaren som lägst 4,18/dygn. För HNR är det istället en trend över tid med sjunkande vårdtider från 6,02/dygn i januari 2018 till 4,54/dygn i februari 2020.

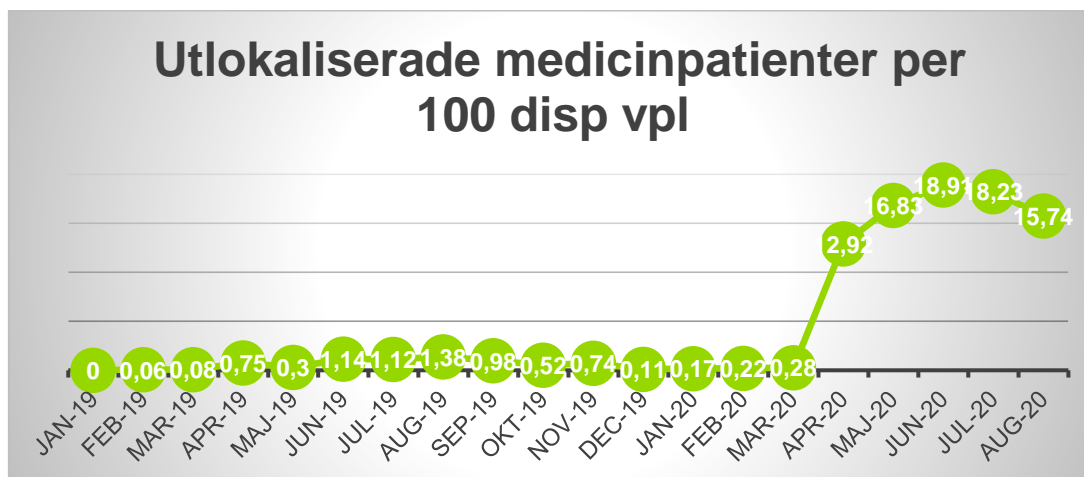
Något som har påverkat inskrivningar och medelvårdtider är dialys i hemmet vilket idag cirka hälften av dialyspatienterna har. Det har bidragit till färre inläggningar och kortare medelvårdtider.

Medelvårdtiden varierar mellan enheterna/avdelningarna.

Avd	2018	2019
Blod	3,22	4,16
Mage/tarm/njure	4,37	4,26
Hjärta	2,63	3,46
Infektion	5,96	5,49
Lungan	6,33	6,83
Stroke	4,12	3,78
Rehab	29,5	28,28
HNR	4,64	4,03
HIM	4,65	5,02

Medelvårdtider - Vården i siffror			
Medicin	Diagnos	MVT RJH	MVT Riket
	Stroke	6,1	7
	Hjärtsvikt	5,4	6,3
	inl PM	4,5	4,7
	KOL	5,3	4,8

Utlokaliserade medicinpatienter område per 100 disponibla vårdplatser
kl. 06.00



Under pandemin med start i april 2020 så inrättades Covid-avdelningar på Infektionsavdelningen och Lungavdelningen. Övervägande delen av de medicinpatienter som skrevs in i slutenvården som misstänkt smittade hamnade på Infektion. I systemen noterades dessa som utlokaliserade medicinpatienter. Det är vad som visar sig i siffror ovan.

Innan pandemin var det mycket få patienter som utlokaliserades. En patient som t.ex. flyttas från hjärtavdelningen till hematologavdelningen, anses inte vara en utlokaliserad

patient. Detta betecknas som ett avdelningsbyte, även om ”rätt” läkare rondar. Det kan dock förekomma att medicinpatient utlokaliseras till annat område utanför HIM och HNR vid hög belastning.

Medicin tar även ibland emot utlokaliserade patienter från i första hand psykiatrin då behov finns av behandling gällande somatiska åkommor.

Förslag till antal fastställda vårdplatser baserat på ovanstående för Medicin är 113 st. med möjlighet till 10 överbeläggningar

Dessa föreslås fördelas till HIM med 57 vårdplatser och HNR 56 vårdplatser.

Verksamheterna/områdena är i beroende av varandra och dessa vårdplatser behöver ses som medicinplatser. De bedömer själva sitt behov vara i nivå med det föreslagna.

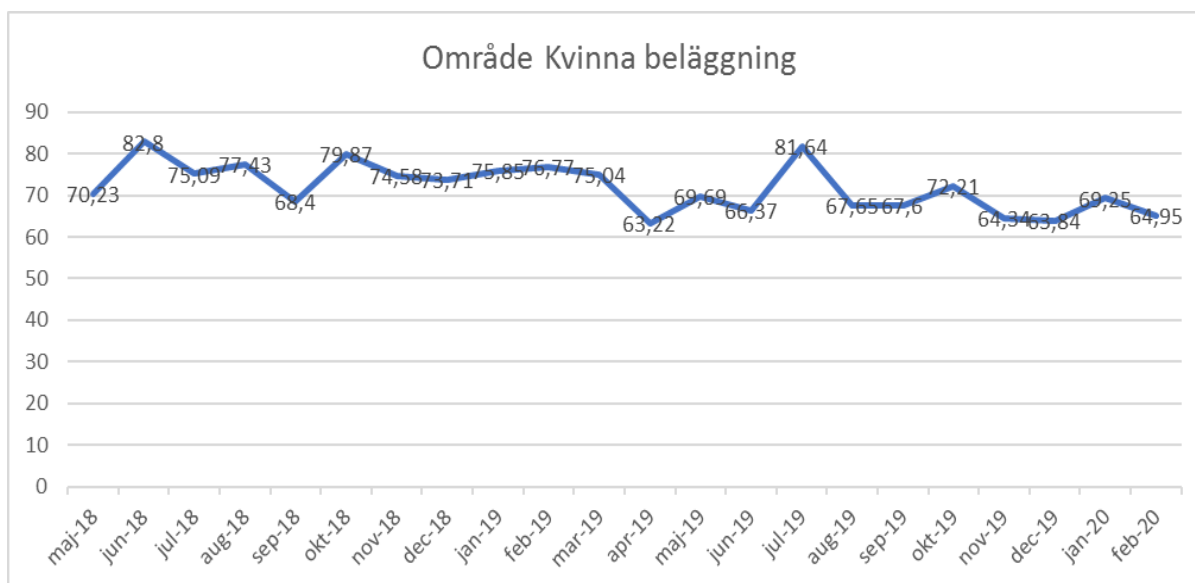
5.5 Vårdplatser Område Kvinna

Nuläge hösten 2020 är att 23 disponibla vårdplatser är öppna. Området har en överenskommen med område kirurgi om tillgång med två vårdplatser, enligt överenskomna kriterier. Dessa kriterier gör att de flesta kirurgiska patienter ej kan placeras på dessa vårdplatser.

De 23 disponibla vårdplatserna är fördelade med 9 st. gyn-platser varav 2 är kirurgplatser vid behov, samt 14 BB-platser. Neddragning till 4 vpl på helgerna relaterat till elektiva operationer. Tilldelad budget för 2020 är 28 vpl vardagar.

Verksamheten har ett nära samarbete med Område Barn- och ungdomsmedicin. Bl.a. med gemensamma ronder, ledningsgrupper, Områdeskommitté och sommarplanering. Läkarna inom båda dessa områden delar även administrativa lokaler.

Beläggningen för dessa vårdplatser innan pandemin påverkade har för perioden maj 2018-februari 2020 varit:



Område Kvinna ligger stabilt, vid möte med verksamheten betonas att polikliniska operationer förberedes på avdelningen och räknas inte in i beläggningen. Detsamma gäller för dagsjukvårdande behandlingar. Detta har tagits med i beräkning av bemanningsnorm som i nuläget är 2,32/vpl. Verksamheten har gjort ett strategiskt val med att låta merparten av personalen rotera mellan sina enheter på mottagningen och avdelningen i syfte att kunna underlätta rekrytering av barnmorskor.

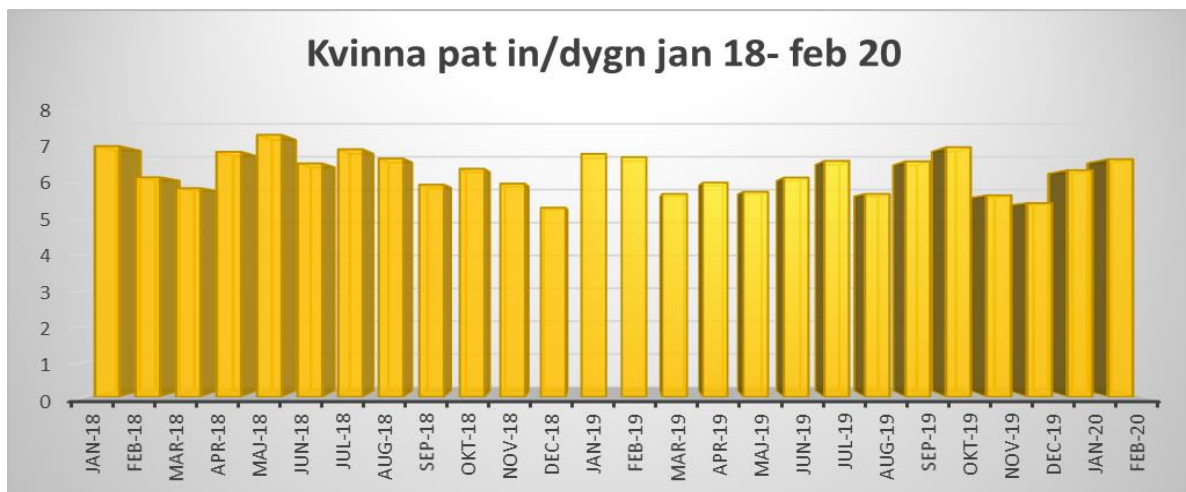
Under samma period har i snitt detta antal vårdplatser varit disponibla:



Disponibla vårdplatser har varierat mellan 18 - 22.

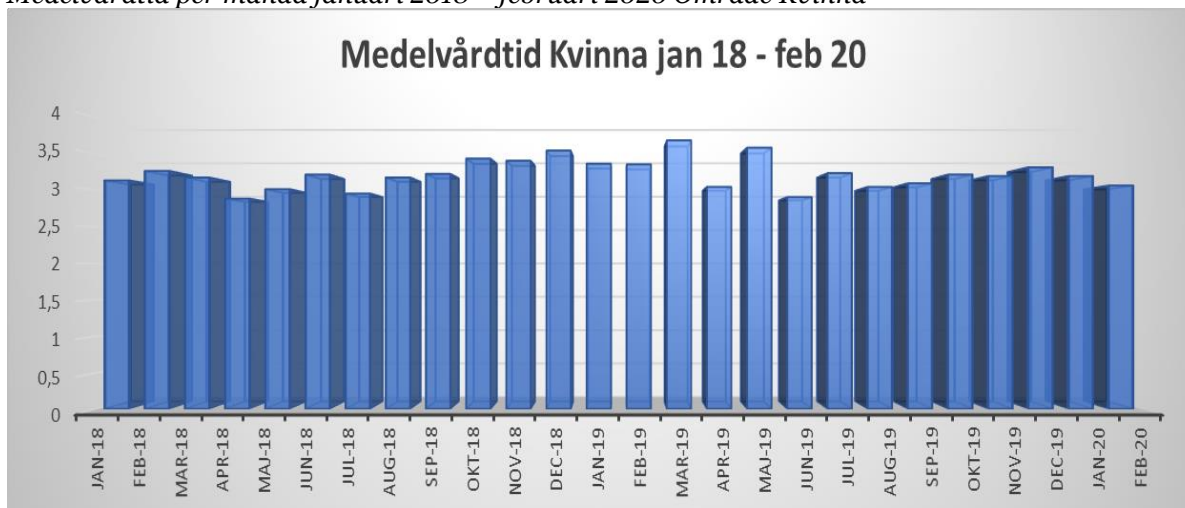
Område Kvinna har sina vårdplatser i hus 4, plan 7. Här finns gyn-avdelningen med sina 9 öppna vårdplatser i nuläget. På samma plan finns även BB-avdelningen med 14 vårdplatser och förlossningen. BB kan öka och minska efter behov, då även tvåbäddsrum finns att tillgå.

Totala antalet patienter in per dygn redovisas i bild nedan, tidsperioden är januari 2018- Februari 2020 (26 månader). Pandemins påverkan from mars 2020 påverkar siffror i sådan grad att dessa selekterats bort i beräkningarna.



Cancerpatienter som behöver palliativ vård får det på gyn-avdelningen, cirka 45 - 50 specialistvårdsremisser skrivs årligen. Område kvinna köper cytostatikabehandlingen av område Kirurgi, men sköter själva eftervården som t.ex. blodtransfusioner på avdelningen. Cancerpatienter har egna direktspår till avdelningen, de nyttjar sällan permissioner, istället skrivs patienten ut och in vid behov. Verksamheten bedömer att det behövs 1 - 2 vårdplatser på en Stor-PONK för gynekologiska patienter.

Medelvårdtid per månad januari 2018 – februari 2020 Område Kvinna



Verksamheten berättar att det föds färre barn nu jämfört med 2018. Nya riktlinjer gällande graviditet över vecka 40 (40+1) gör att medelvärdtiden kan påverkas, såväl som belastning. Det bidrar till extra besök, så att det totala antalet besök på förlossningen ökar. Området har önskemål om ökad samverkan kring provtagning av det nyfödda barnet med primärvården. Idag kan barnen vara kvar i 2 dygn i väntan på provtagning.

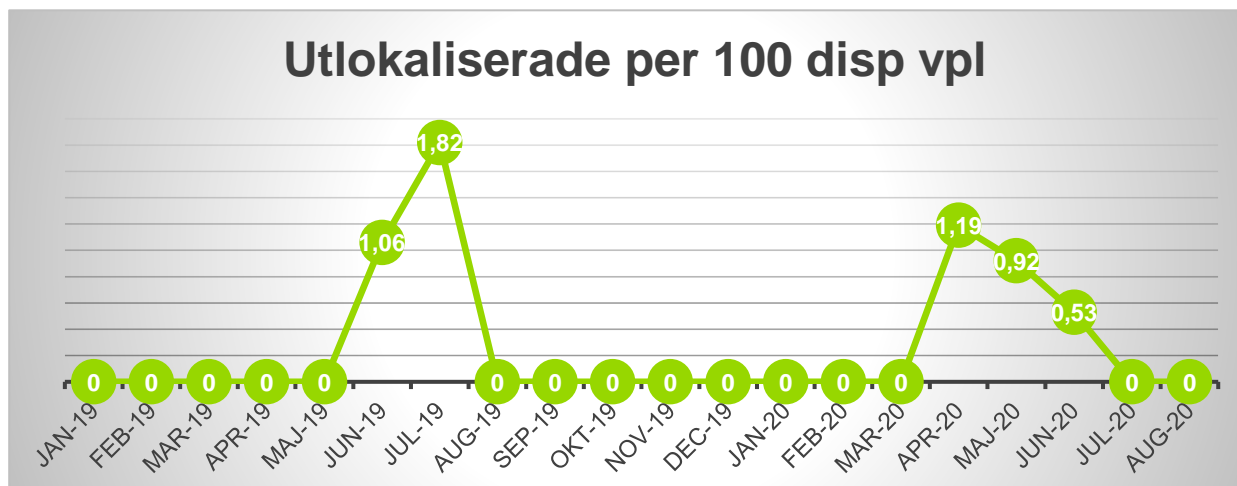
I nuläget finns Öppenvårds-BB på förlossningen öppet 7 dagar/vecka mellan 07.00- 17.00. Om behov finns förlängs denna öppettid.

Medelvårdtiden varierar lite mellan enheterna/avdelningarna.

Avd	2018	2019
BB	2,25	2,33
Gyn	2,48	2,55
Kvinna	2,32	2,4

Återinskrivningar upplevs inte som ett problem även om det finns en liten ökning. Den kan förklaras med de nya riktlinjerna som beskrivs ovan gällande induktioner.

Utlokaliserade patienter område Kvinna per 100 disponibla vårdplatser kl. 06.00



Området tar i stort sett alltid emot sina egna patienter, bilden ovan illustrerar detta. Verksamheten beskriver målet med att alltid vara flexibla mellan enheterna, med personal som roterar. På så sätt klaras även hög belastning gällande vårdplatser. På jourtid är läkare från området tillgängliga på akuten. Dock får gravida kvinnor från och med graviditetsvecka 21 alltid komma till avdelningen för undersökning.

De få som utlokaliserar är vid mycket hög belastning och det är då oftast kirurgavdelningarna som patienten då hamnar på.

Avdelningen har i nuläget 2 vårdplatser för kirurgiska patienter på avdelningen och tar emot Utlokaliserade patienter året om. De påtalar vikten av att det finns tydliga rutiner kring dessa satellitpatienter. Det kan vara läkemedel som inte finns på avdelningen, hjälpmedel och rutiner kring utskrivningsprocessen som inte är kända på enheten. Viktigt att veta vem som gör vad med dessa patienter.

Förslag till antal fastställda vårdplatser baserat på ovanstående för Område Kvinna är 21 st. med möjlighet till 2 överbeläggningar

Gyn-avdelningen 7 vpl och BB 14 vpl. Samverkan med föreslagen Stor-PONK där palliativa patienter från Område Kvinna kan få vård.

Verksamheten bedömer samma behov av vårdplatser. Har dock poängterat att nuvarande bemanningsnorm behöver ses över och räknas om.

5.6 Vårdplatser Område Barn- och ungdomsmedicin

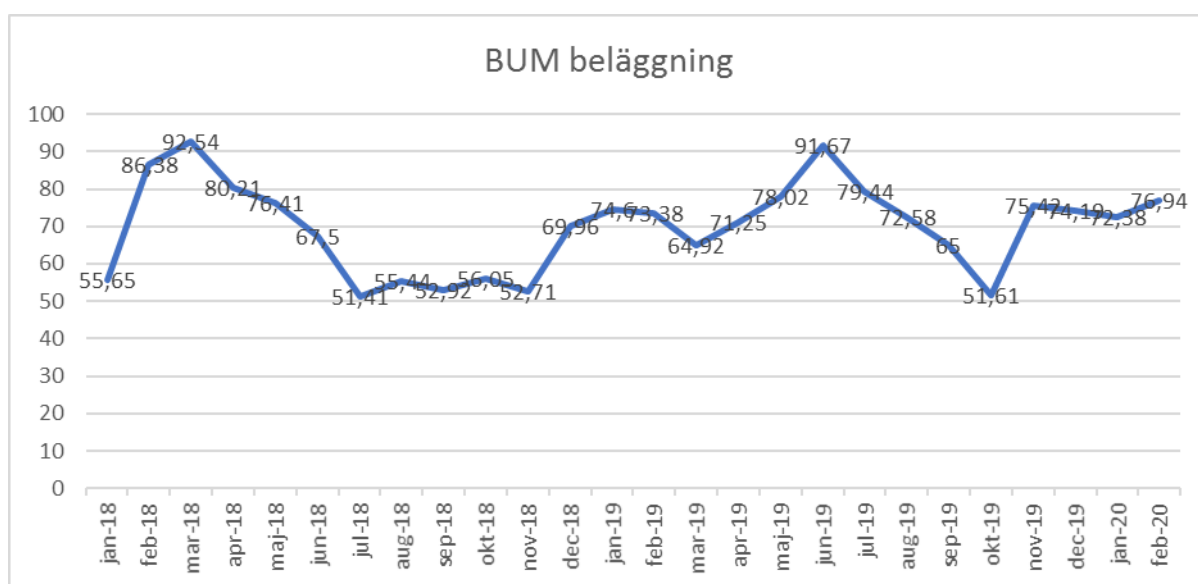
Nuläge hösten är 16 öppna disponibla vårdplatser. Här vårdas barn med behov av somatiska vårdplatser upp till 18 år. Det innebär att område kirurgi, ortopedi och ÖNH skriver in sina patienter under 18 år på barnavdelningen.

De 16 disponibla vårdplatserna är fördelade med 8 på barnavdelningen och 8 på neonatalen. Neonatalen har haft 8 vårdplatser en längre tid, det grundat på vården av nyfödda barn r/t tidig födsel med långa vårdtider. På 1990-talet var det 27 vårdplatser på barnavdelningen, de har successivt sänkts till nuvarande 8 vårdplatser 2017. Vården har förändrats och flyttat ut till hemmet, där allt sjukare barn vårdas. Skiften har även skett till dagvård/öppenvård med andra behandlingsmetoder. Tilldelad budget 2020 är 16 vårdplatser.

Verksamheten har ett nära samarbete med Område Kvinna. Bl.a. med gemensamma ronder, ledningsgrupper, Områdeskommitté och sommarplanering.

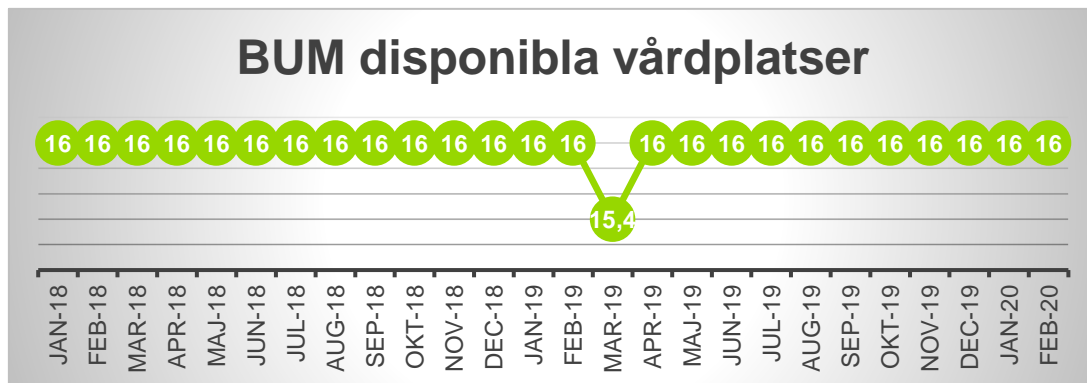
Läkarna inom båda dessa områden delar även administrativa lokaler.

Beläggningen för dessa vårdplatser innan pandemin påverkade har för perioden maj 2018-februari 2020 varit:



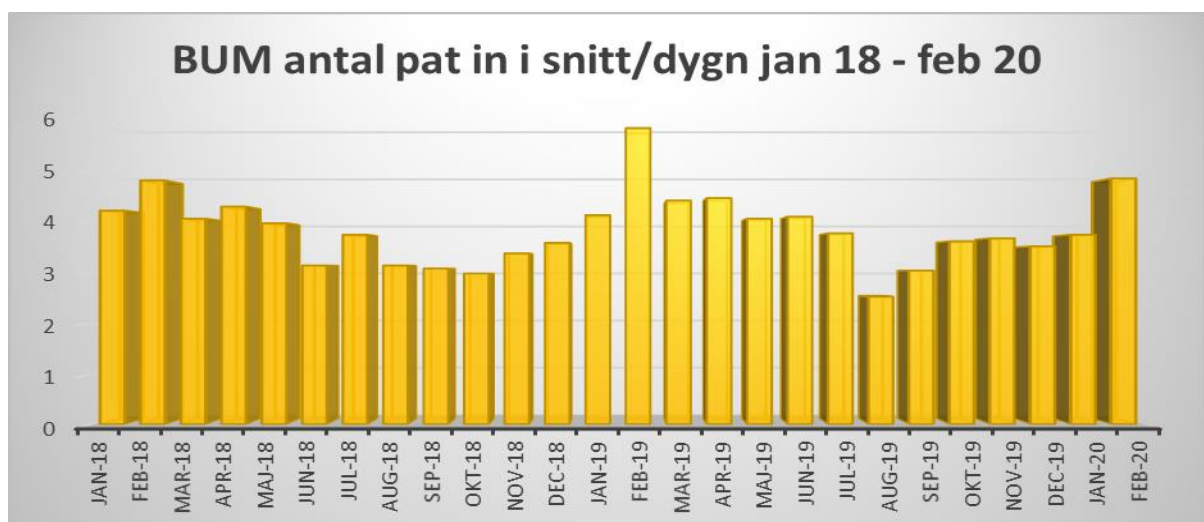
Området har säsongvariationer med toppar vanligtvis under influensaperioderna som verksamheten definierar är december-april. För att klara av dessa toppar arbetar området med säsongvarierad bemanning.

Under samma period har i snitt detta antal vårdplatser varit disponibla:



Området har haft sina 16 vårdplatser öppna oförändrat över tid. Verksamheten beskriver en god samverkan mellan enheterna där de hjälper varandra och där även öppen-/dagvården är involverade. Vid dagliga PULS-möten träffas all tjänstgörande personal och fördelar arbetsuppgifter. De vill fortsätta utvecklingen mot mer öppenvård, där de kan erbjuda täta kontroller för att skapa trygghet.

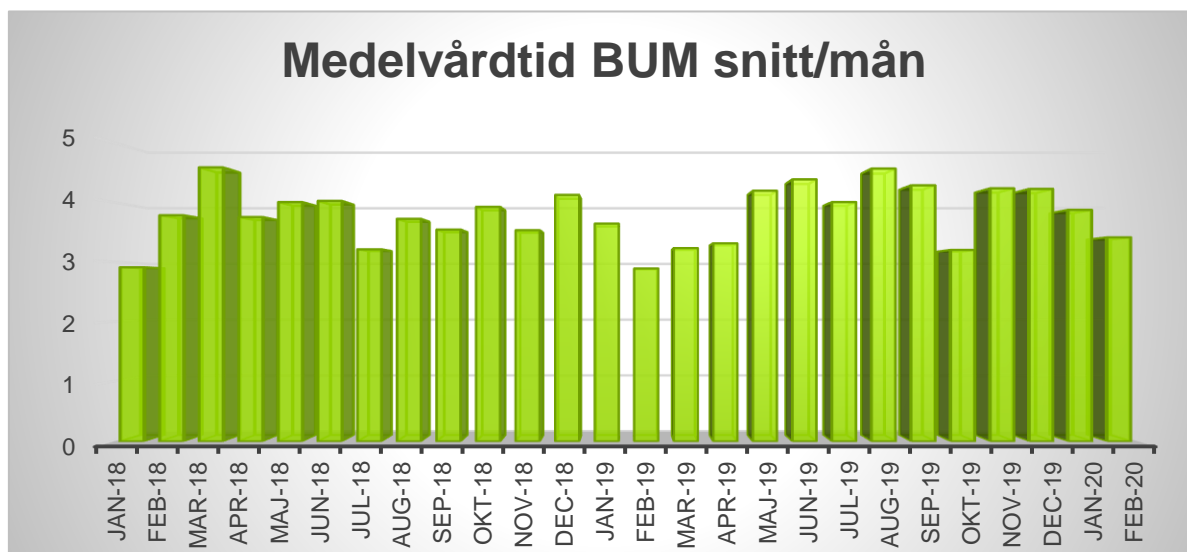
Totala antalet patienter in per dygn redovisas i bild nedan, tidsperioden är januari 2018 - februari 2020 (26 månader). Pandemins påverkan from mars 2020 påverkar siffror i sådan grad att dessa selekterats bort i beräkningarna.



Sedan januari 2019 har Barn- och ungdomspsykiatrin 2 st. egna vårdplatser hos Psykiatrin. Verksamheten upplever att det finns en god samverkan mellan dem. När behov finns så vårdas de barnen i samverkan på barnavdelningen.

Geografiska avstånd påverkar vid in-och utskrivning samt vid beslut att ge öppenvård kontra slutenvård.

Medelvårdtid per månad januari 2018 – februari 2020 Område BUM



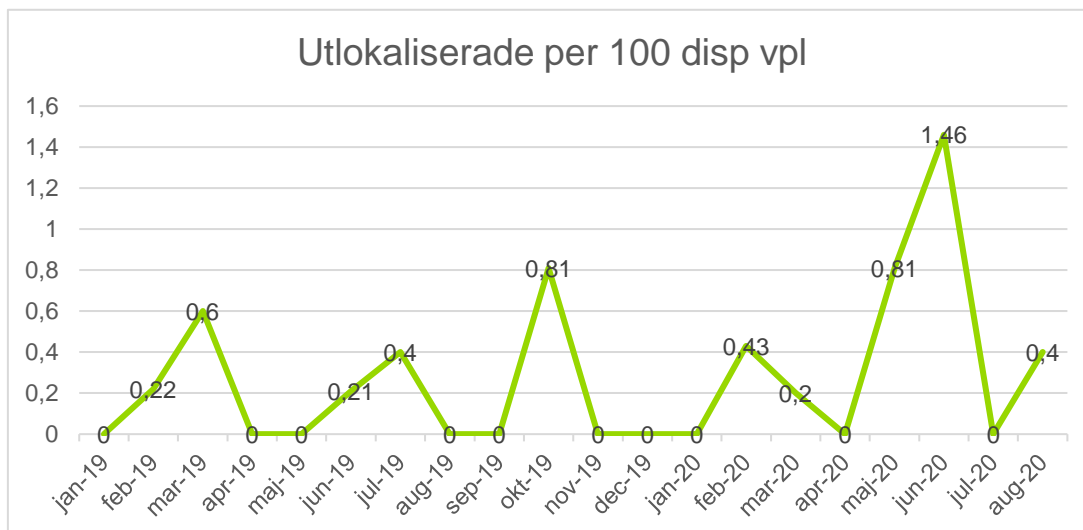
Skiften till dagvård, öppenvård, andra behandlingsmetoder, utvecklade operationsmetoder, vaccinationsprogram har påverkat medelvårdtider och behov av slutenvård.

På barnavdelningen sker ronder med läkare från det egna området (BUM) men också med läkare framförallt från kirurgen och ortoped. Det upplevs ibland svårt att få dessa att logistiskt passa alla. Det händer att rondens genomförs först under eftermiddagen för de opererande klinikerna.

Medelvårdtiden varierar mellan enheterna/avdelningarna.

Avd	2018	2019
Barn	2,04	1,9
Neo	7,68	7,65
BUM	3,12	3,01

*Utlokaliserade barnpatienter per 100 disponibla vårdplatser
kl. 06.00*



Det är få barn som utlokaliseras när det sker är det vanligtvis till HIA eller Infektionsavdelningen. Målet är att inga barn ska vårdas på annan enhet.

Vid dessa tillfällen går barnavdelningens personal till den enhet som barnet är utlokaliserad till, för att samvårda barnet. Detsamma gäller när barnet vårdas på IVA, som då är en teknisk vårdplats. Detta beskrivs som en utmaning gällande bemanning för verksamheten.

Utlokalisering bör undvikas i möjligaste mån, dock kan behovet alltid komma att överstiga kapaciteten för varje enskild enhet stundtals. Det finns andra regioner som under dessa betingelser höjer åldersgränsen på barnavdelningar till 25 år för kirurg och ortopedpatienter, som bedöms medicinsk kunna vårdas på enheten.

Området beskriver på samma sätt som Område Kvinna önskan om tydligare rutiner kring de patienter som utlokaliseras till barnavdelningen när de har perioder med lägre beläggning. Påtalar att en tydlig dialog krävs kring läkemedel, hjälpmedel, behandlingar m.m. Föreslår att en rutin skapas på samma sätt som gentemot kommunerna dvs att läkemedel skickas med den utlokaliserade patienten.

Förslag till antal fastställda vårdplatser baserat på ovanstående för Område BUM är 16 st.

Verksamheten har bedömt samma behov då utmaningar kring säsongsvariationer finns samtidigt som målet att inga barn ska vårdas på annan enhet ska uppnås.

5.7 Intensivvården Östersunds sjukhus

Vårdplats på en IVA-avdelningen betecknas som en teknisk vårdplats. I SIR:s riktlinjer finns denna definition: Intensivvård är en vårdnivå och inte en vårdplats. Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner

Intensivvården i Östersund har 7 tekniska disponibla vårdplatser i normalläget. Där vårdas Intensivvårdspatienter, intermediärvårdspatienter samt postoperativa patienter. Enheten utför även vårdtjänster på avdelningen t.ex. inläggning av centrala infarter. Under pandemin har antalet platser varierat r/t behovet. IVA finns på plan 4 nära Akutmottagningen och Centraloperation.

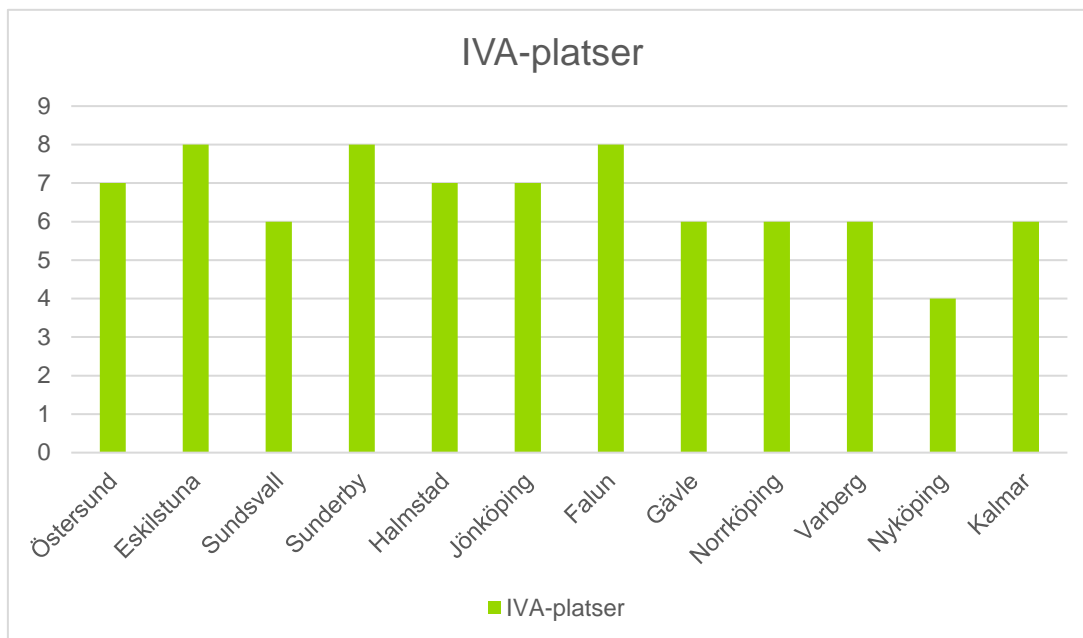
Avdelningen tillhör enligt riktlinjerna kategori II, SIR beskriver i sina riktlinjer:
För att benämnas intensivvårdsavdelning ska en avdelning kunna behandla manifest svikt i mer än ett vitalt organsystem. För att uppnå detta krävs specialutbildad personal, bemanning, lokaler, resurser och patienter i en omfattning som möjliggör upprätthållande av expertkompetens. Om patienternas antal eller tillstånd kräver resurser som överstiger avdelningens kapacitet ska åtgärder omgående kunna vidtas för stabilisering och säker transport till annan intensivvårdsavdelning. En intensivvårdsavdelning ska hålla en hög kompetensnivå såväl medicinskt som tekniskt, samt arbeta multidisciplinärt. Den höga vårdnivån hos en allmän intensivvårdsavdelning utgör en resurs för sjukhusets samtliga kliniska specialiteter.

Intensivvårdsavdelningar på exempelvis länssjukhus behärskar intensivvård vid akut funktionsnedsättning i de flesta organsystem, framförallt cirkulations- och respirationssvikt, men saknar de allra mest kvalificerade metoder för övervakning/ behandling av svikt i ett eller flera organsystem, som kan erbjudas på avdelning kategori III. Dessa avdelningar uppfyller samtliga krav på organisation, kompetens och kringresurser enligt rekommendationerna för kategori II och har en fungerande organisation för säker transport av patienter till och från intensivvård kategori III.

Då IVA har tekniska vårdplatser går dessa inte att jämföra i belägningsgrad och disponibla vårdplatser med övriga slutenvårdsavdelningar på sjukhuset. När patienten vårdas på IVA finns alltid en utsedd "bakavdelning" dvs en plats reserverad på en avdelning som tillhör moderkliniken. När patienten inte längre kräver intensivvård flyttas patienten till sin hemavdelning. Kommunikation sker med hemavdelningen när det är aktuellt. Om då IVA har möjlighet och hemavdelningen har hög vårdtyngd är det inte ovanligt att patienten stannar något dygn extra. Detta ger flexibilitet gällande vårdplatstillgång.

I SIR finns utdata kring överförflyttning av IVA-patient på grund av resursbrist. För Östersund finns ingen flytt rapporterad. Enheten arbetar för att alltid lösa situationen om den uppkommer. Dessa IVA-platser är de som finns i regionen med stort avstånd till regionsjukhus.

Då jämförelse ej kan göras med övriga avdelningar på sjukhuset har utredningen istället valt att jämföra intensivvårdsavdelningar kategori II i Sverige. Detta arbete var redan påbörjat av enhetschefen på IVA Östersund och har sedan kompletterats.

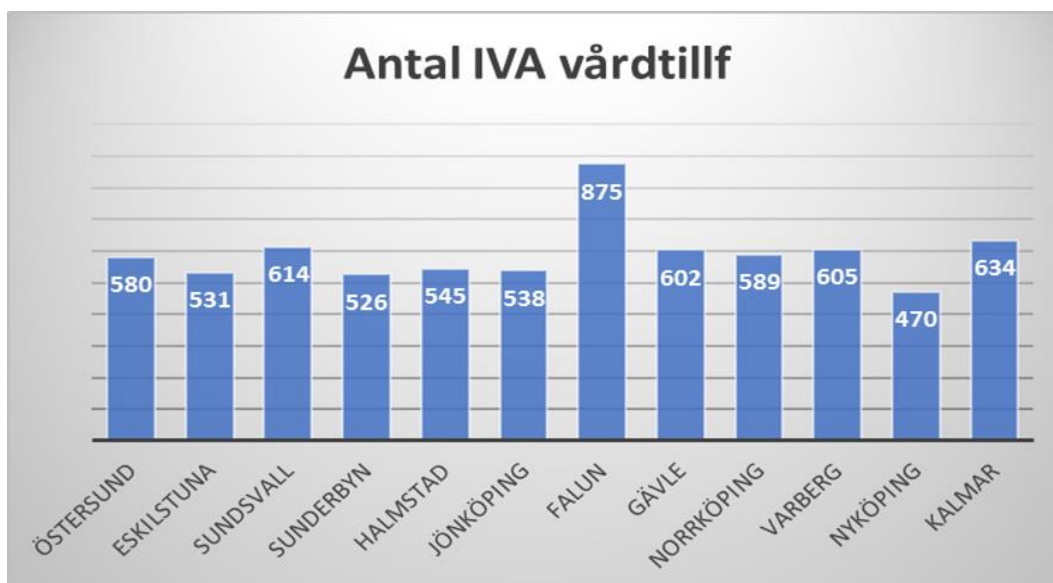


Denna jämförelse redovisas i sin helhet i bilaga 7, som avser:

- Antal IVA-plaster
- Bemanning vardagar och helger
- Antal vårdtillfällen (se bild nedan)
- Medelvårdtid
- Antal respiratortimmar
- Vårdtyngdsmätning
- Medelålder
- Medel-saps vid inläggning (riskjustering)
- Antal CRRT (kontinuerlig njurersättningsersättning/dialys)

Covid-19 pandemin har kraftigt påverkat intensivvården i nationen. De flesta regioner har skapat lösningar med uppstartade intensivvårdsavdelningar för att klara sitt uppdrag. Östersunds sjukhus hade under våren 2020 tre enheter redo. Under maj månad var ökningen av IVA-platser 100 %.

Utredningen anser att detta behöver finnas med i planering av vårdplatser för framtiden. Vid en ny pandemi ska det finnas möjlighet att på ett effektivt sätt öka antalet IVA-platser. IVA och IMA bör samverka i denna planering. Flera regioner har med IMA haft en bra samverkan kring Covid-vården både som vård innan intensivvård och som step-down vård.



Förslag till antal fastställda vårdplatser baserat på jämförelser och behov för Intensivvården är 7 st.

När IMA är igång med sina 4 vårdplatser bör utvärdering ske gällande antalet IVA-platser.

5.8 Intermediärvård – IMA

Frågan om vårdplatser för intermediärvård återkommer över tid i klinikernas dagliga verksamhet. Man anser att gapet mellan att vårdas på IVA och vårdavdelning är för stort och att vissa patienter inte övervakas samt får vårdinsatser i rätt tid i den omfattning de har behov av. Det framkommer att en vårdnivå med ökad möjlighet till övervakning jämfört med vanlig vårdavdelning saknats.

IMA har varit föremål för utredning under de senaste tio åren. Redan 2009 skriver enhetschefen för Intensivvården fram ett förslag gällande fyra IMA-platser på IVA. Sedan har utredningar/sammanställningar kring behovet beskrivits 2014 i ”Plan-4 utredningen, 2017 via ”NEWS-granskning” (även de med förslag om fyra vårdplatser), 2018 ”MIG-fakta” och senast 2019 med sammanställning samt texter kring MIG-fakta och diskussion kring behov.

I rapport från 2018 står:

Varje dag är 7 - 8 patienter orange och eller röda i sina vården. En del av dessa är palliativa och/eller har behandlingsbegränsningar. En del får vård på rätt vårdnivå. Hälften (4 patienter/dygn) kvarstår, som behöver kontinuerlig/utökad övervakning, extra provtagning och åtgärder. Detta är svårt att hantera på en

vanlig vårdavdelning med dagens bemanning. Det finns patientsäkerhetsrisker i nuvarande organisation

Tydliga nationella riktlinjer för denna typ av vård saknas. Vården är organiserad på olika sätt i regionerna. SFAI (Svensk Förening för Anestesi- och Intensivvård) och SIS (Svenska Intensivvårdssällskapet) beskriver intermediärvård enligt följande:

”Intermediärvård kan erbjudas då medicinsk indikation för intensivvård inte föreligger, men då patientens medicinska/omvårdnadsmässiga behov inte kan tillgodoses på vårdavdelning.

Intermediärvård kan organisatoriskt bedrivas av intensivvården, men också av andra verksamheter och specialiteter. Om indikation för högre vårdnivå föreligger ska patienten överföras till intensivvårdsavdelning. Intermediärvård bedrivs lämpligen, liksom intensivvård, i multidisciplinärt samarbete mellan representanter för inblandade specialiteter. Intermediärvårdsarbetet ska, liksom intensivvården, präglas av ett etiskt förhållningssätt. Lokala riktlinjer ska finnas för organisation, personaltäthet och – kompetens, samt för vilka medicinska indikationer intermediärvård ska erbjudas. Säkerhetsaspekter avseende behandlingar som normalt hör hemma på intensivvårdsavdelning skall speciellt beaktas och utvärderas. Eftersom intensivvård i Sverige är, även i internationell jämförelse, begränsad resurs finns risk för indikationsglidning avseende intermediärvård. Sådan glidning behöver aktivt motverkas.”

Medicinska intagningskriterier för en intermediärvårdsavdelning kan vara:

- behov av preoperativ optimering
- behov av postoperativ ventilation
- behov av NIV-behandling
- hemodynamisk instabilitet som bedöms hanterbar med måttlig tillförsel av vätska och blodkomponenter och/eller ett vasoaktivt/inotropiskt läkemedel i låg till medelhög dosering
- behov av utvidgad postoperativ vård vid stor kirurgi med stor risk för postoperativ komplikation
- intensivvårdspatient utan fortsatt behov av intensivvård I-III men bedömd icke-utskrivningsbar till vårdavdelning p.ga omfattande behandlings-, vård eller övervakningsbehov.

I den pågående Vårdplatsutredningen har utredaren träffat områdeschefer och enhetschefer med ansvar för de somatiska vårdplatserna på Östersunds sjukhus. Vid dessa möten har behovet gällande IMA varit en av frågeställningarna. En workshop tillsammans med HSL genomfördes den 8/10 - 2020, där IMA var ett av fyra förslag. Sammantaget gav detta ett besked att behov finns gällande en ny vårdnivå – IMA.

Vid ett möte beskrevs behovet på detta sätt.

IMA - patienter kan vara de som inte får plats på IVA t.ex. vid MIG-larm när pat är dålig. Då måste en sjuksköterska stå hos pat hela tiden. Det finns även behov av

step-down vård, där pat kan ha behov av fortsatt övervakning. Samt för att få ett säkert flöde kring inläggningar av urosepsis, traumapat, de som har extra övervaknings-behov, som trach-patienter med sviktande andning.

Fördelar med en IMA kan vara:

- Vård på intermediärvårdplats innebär ökad säkerhet för de allra sjukaste patienterna som inte är i omedelbart behov av intensivvård
- Ökad trygghet för patient och anhöriga som ofta reagerar på att gapet mellan intensivvård och vanlig vårdplats blir för stort
- Bättre tillgång till IVA-platser för de allra sjukaste, där patienter ibland flyttas från IVA för att bereda plats till en svårare sjuk patient
- Vård på intermediärvårdsnivå kan innebära färre återinläggningar på IVA
- Kortare vårdtider, då övervakning och åtgärder kan ges i tid istället för när komplikationer uppstått.
- Bättre vård för patienterna på vanlig vårdplats då personalens tid inte går åt till att övervaka de svårast sjuka
- Förbättrad arbetsmiljö med minskad stress då patienterna med stort övervakningsbehov får vård på IMA och att personalen hinner med vården av övriga patienter på avdelningen
- Nivåindelning av vårdplatser ger kompetensutvecklingsmöjlighet för sjuksköterskor och undersköterskor

Risker

Tillskapandet av intermediärvårdplatser innebär även risker som måste följas, minimeras eller elimineras i samband med uppbyggnaden av intermediärvårdplatser. Risker kan vara:

- IMA blir bara en övervakningsavdelning istället för en ny vårdform.
- Utrustning finns för övervakning men tillräcklig kunskap och erfarenhet hos sjuksköterskor och undersköterskor saknas.
- Otydligt gränssnitt mot OBS-platser, HIA och IVA
- Att klinikernas ansvar minskar eller upplevs minska och patienten riskerar hamna mellan klinikgränserna
- Indikationsglidning för inläggning på intermediärvårdplats sker
- Fler diken och risk för meningsskiljaktigheter skapas med ytterligare en vårdnivå
- Svårighet att rekrytera personal med rätt kompetens
- Avdelningarna vill inte ta emot patient från IMA när ny patient behöver intermediärvårdplatsen

Kompetens

För att åstadkomma ett smidigt flöde på intermediärvårdplatser krävs nära samverkan mellan olika yrkeskategorier och specialiteter. Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinare, servicepersonal behöver alla involveras i uppbyggnaden av IMA.

Grunden för omvårdnadsbemanning av intermediärvårdplatser kan med fördel vara allmänsjuksköterskor, med erfarenhet av akutvård och särskild delegering av vissa arbetsuppgifter. Möjlighet till handledning från sjuksköterskor med specialistutbildning i intensivvård ses som en nyckel till framgång. Därutöver behövs undersköterskor med erfarenhet av akutsjukvård.

HSL har i december fattat beslut om att införa en ny vårdnivå på Östersunds sjukhus genom att:

- Starta projekt Intermediärvård med mål att öppna 2 vårdplatser som på sikt blir 4
- Starta projektet i december 2020, samt med mål att övergå i förvaltning januari 2022
- Utse projektledare

Projektledarens uppdrag fastställs via projektdirektiv från Hälso- och sjukvårdsdirektören. I uppdraget ingår bl.a. att:

- Utarbeta förslag till organisatorisk tillhörighet för IMA
- Utarbeta förslag gällande lokaler för IMA
- Utarbeta gränssnitt gällande IMA i samverkan med berörda verksamheter
- Utarbeta riktlinjer, intagningskriterier, exklusionskriterier i samverkan med berörda verksamheter
- Utarbeta rutiner, arbetsbeskrivningar i samverkan med berörda verksamheter
- Genomföra SWOT-analyser/riskanalyser i samverkan med berörda verksamheter

Rekrytering av enhetschef rekommenderas att påbörjas i ett tidigt skede av projektet i syfte att säkerställa rekrytering av vårdpersonal till enheten.

Arbetsgrupper/referensgrupper arbetar tillsammans med projektledare fram underlag för beslut hos styrgrupp för projekt Intermediärvård.

Pandemin har givit regionen och riket många lärdomar, bl.a. har flera regioner haft möjlighet att samverka mellan IMA och IVA kring Covid-patienter, vilket har givit bra förutsättningar för dem att hantera situationen. Det är något som bör beaktas i framtida planering kring IMA-platser.

5.9 Stor-PONK (Palliativ onkologisk avdelning)

I detta arbete ingår även att utreda behovet av en Stor-PONK (en region-övergripande palliativ onkologisk vårdavdelning).

Ett önskemål om en regionövergripande enhet har funnits sedan införandet av en palliativ onkologisk avdelning inom område kirurgi i november 2018. Att man valde att börja inom område kirurgi grundades i att man där hade numerärt flest patienter i behov av specialistkompetens inom palliation, och att den palliativa läkarkompetensen finns inom området (Storsjögläntan/PKT) samt att man gärna ville börja i liten skala för att sätta rutiner och arbetssätt innan en region-övergripande enhet var aktuell.

En utredning gällande Stor-PONK har pågått sedan våren 2019. Område kirurgi, HNR och HIM började då att tillsammans fördjupa diskussionerna kring en regionövergripande enhet (Stor-PONK) och hur den skulle kunna ha synergisamverkan med någon närbesläktad enhet med palliativa patienter inom internmedicinska specialiteter. Ett förslag presenterades i HSL september 2019. Syftet som framställdes var att:

- Samverka mellan områdena
- Effektivisera patientflöden
- Effektivisera arbetsätt
- Optimera lokalanvändning
- Se om man kan göra besparingar genom sammanslagningar av verksamheter

I februari 2020 presenteras ärendet i HSL med förslag på olika lösningar till ett förverkligande av en Stor-PONK. Fastighet fick i uppdrag att utreda lokalfrågan och presenterade i slutet av juni ett förslag till lokallösning på plan 11. Förslaget presenterades vidare i september, då pågår samtidigt vårdplatsutredningen och beslut fattas att Stor-PONK får ingå som en del i denna utredning.

Bakgrundsfakta och utredningar finns att tillgå i ämnet från de senaste två åren. Målet med en Stor-PONK är att skapa en avdelning med ett regionövergripande uppdrag för den palliativa slutna vården. Det skapar en grund för samverkan kring den palliativa patienten som behöver ineliggande behandlingar, omvårdnad och åtgärder som kräver specialistkompetens i palliation, såväl som specialiserad vård i livets slutskede. En diagnosberoende avdelning för fler patientkategorier som ger jämlik vård, med samlad hög kompetens kring den palliativa patienten.

I nuläget finns inom område kirurgi en PONK-avdelning på plan 11 med 4 (fyra) öppna vårdplatser (neddraget antal vårdplatser från 8 till 4 vpl på grund av personalbrist inom kirurgens slutenvård), tillsammans med 12 andra kirurgiska vårdplatser. Ponken vårdar i nuläget kirurg- och Öron-näsa-hals-klinikens patienter. Vid workshop i HSL kring vårdplatser så var Stor-PONK ett av fyra förslag som diskuterades. HSL såg då ett behov av en sådan enhet med åtta till max tio vårdplatser. De tidigare utredningarna har även föreslagit en flytt av lungavdelningen till hus 8, plan 11, som ett alternativ. Lungavdelningen har i nuläget 12 vårdplatser öppna.

Rekommendation gällande Stor-PONK

- Tilldela uppdrag att öppna en Regionövergripande palliativ - onkologisk vårdavdelning med därtill tydliga gränssnitt och uppdrag för enheten.

- Organisatorisk tillhörighet för EC och avdelning gällande Stor-PONK föreslås fortsatt vara inom område Kirurgi
- Område Kirurgi, ÖNH, HIM och Kvinna samverkar kring uppdraget
- HIM ser i samma projekt över sin vårdplatsfördelning i syfte att skapa kostnadseffektiva vårdenheter
- Tidsplan för uppdraget - ska vara genomfört under 2021

Risk- och konsekvensanalyser får hitta lösningar för de risker som kan uppkomma i projektet.

5.10 Akutvårdsavdelning

I uppdraget har ingått att utreda behovet av en Akutvårdsavdelning – AVA. Runt om i nationen finns AVA på många sjukhus. Det finns även stora skillnader på uppdraget för denna typ av avdelning. Här följer några beskrivningar.

En akutvårdsavdelning (AVA) är ibland ett och samma med akutmottagningen, men kan även vara en separat avdelning för patienter med planerad vårdtid på cirka 1-3 dygn. De flesta patienter åker hem efter denna vårdtid och resterande överflyttas till en specialistvårdsavdelning.

Akutvårdsavdelning, AVA Akutvårdsavdelningen är en enhet som vårdar akut sjuka med en förmodad vårdtid kortare än 72 timmar. Avdelningen är akutmottagningens förlängda arm. Här finns 35 vårdplatser varav 18 är övervakningsplatser. På avdelningen finns även en behandlingsenhet där man kan göra olika typer av undersökningar som skopier, hjärtultraljud och arbets-EKG. Två av rummen är fullvärdiga isoleringsrum med ingång utifrån. Alla dessa funktioner nyttjas tillsammans med akutmottagningen. Länssjukhuset Sundsvall

AVA tar emot patienter med akuta tillstånd från medicin-, ortoped-, kirurg- och neurologsektionerna på akutmottagningen. På AVA påbörjas utredning, diagnostisering och behandling av ditt tillstånd. AVA är en avdelning med förväntad kort vårdtid, upp till 2 dygn. Målet är att patienten skall bli färdigbehandlad på AVA. Det innebär att patienten kommer att få vara med om en del undersökningar, behandlingar och provtagningar. Detta kan ske även nattetid. Om det krävs en längre vårdtid eller behov av specialistkompetens kan patienten bli flyttad till en annan avdelning. Caphio St. Göran, Stockholm.

På Akutvårdsavdelningen (AVA) vårdas patienter som beräknas behöva kort vårdtid. Målet är att färdigbehandla patienter vilket innebär en hel del undersökningar, provtagningar och behandlingar. Utskrivning pågår hela dygnet och vårdtiden beräknas vara 1-3 dygn med möjlighet upp till 5 dygn. Mälarsjukhuset Eskilstuna.

Vid workshop med HSL diskuterades frågan kring AVA, vilket behov finns? Det som kom fram var att HSL kunde se ett behov. Dock var det mycket skiftande uppfattningar kring vilket uppdrag en sådan avdelning skulle tilldelas. Nedan beskrivs kortfattat vad som framkom:

- Vårda ospecificerade diagnoser, behöver specificera vilka som inte ska hamna här.
- Bygga på mer teamarbete, fler yrkeskategorier.
- Testavdelning för nya arbetssätt/metoder/tekniker.
- Patienter med korta vårdtider. Ej avdelningsbyten – patienten bör slutvårdas här. Annars risk för längre vårdtider p.g.a. avdelningsbyten.
- Utökad OBS-avdelning längre vårdtid än 24 timmar.
- Kan vara mycket diagnostik/utredningar
- Patienter från kommunerna till exempel UVI, ohållbar hemsituation
- Antal vårddygn – en gräns måste upprättas
- Kliniker som kan samverka på AVA - ortopederna, kirurgen, medicin, kvinna, ÖNH, inte barn.
- Vilka vpl kan förflyttas? Behöver räknas på i samråd med respektive OC.
- Under vilken verksamhet? Akuten eller Medicin. Utifrån inventering av vilka patienter som ej ska vara här ser vi vem som kan vara ansvarig.
- Bemanning: Norm utifrån vårdavdelning? Läkare – konsulter? Usk och ssk fast personal på avd.
- Uppdrag/gränssnitt: Hur stor utifrån effektivitet?
- Var? I höghuset.

En välfungerande AVA kan fungera som ett dragspel gällande vårdplatser. Ena veckan är det kirurgen som har stort behov och då får tillgång till fler. Nästa vecka kan det vara medicin som har det behovet. Det kräver god samverkan och planering. En sådan avdelning bör vara i storleksordningen 21 - 24 vårdplatser, ej mindre än 16 för att vara kostnadseffektiv. En uppstart kräver arbete kring utredning med ovanstående frågeställningar. I nuläget prioriteras IMA och Stor-PONK.

Under hösten har vårdplatser påverkats av den pågående pandemin. På nytt uppstod behov att skapa en Covid-avdelning. I ett läge där de disponibla vårdplatserna för kirurgen och medicin inte är tillräckliga p.g.a. personalbrist har utlokalisering skett. Dessa två klinikers patienter har utlokaliserats till ortopederna, gyn-avdelningen och barnavdelningen. En Akutvårdsavdelning med kompetens att vårda båda dessa klinikers patienter kan vara en förbättringsåtgärd. Flexibilitet gällande vårdplatserna som ständigt kan förändras blir då en framgångsfaktor.

Förslag är att AVA får utredas under 2021 och prioriteras 2022.

6. Utvecklingsförslag från verksamheterna

Vid möten med Områdeschefer och enhetschefer har förslag framkommit gällande "flaskhalsar" dvs utveckling och förbättring, som verksamheterna kan arbeta vidare med. De kommer nu kortfattat att beskrivas nedan.

6.1 Patienthotell

De opererande klinikerna lyfte frågan kring patienthotell på sjukhuset. I nuläget finns tillgång att boka hotellplatser på Clarion Hotell som ligger i närheten av sjukhuset. Patienthotell på sjukhuset är ingen ny fråga det finns att läsa kring ämnet i vårdplatsutredningar både från 2003 och 2009. Så här beskrivs det 2009:

Patienthotell inom sjukhuset (bemannat med sjukvårdskunnig personal) för såväl pre- men fr a postoperativ vård och för lättare sjuka som inte behöver de dyra specialiserade vårdplatserna skulle bl.a. eliminera effekterna av de långa avstånden i länet, t.ex. vid dagkirurgisk operation. Alla klinikers behov bör inventeras och sedan måste justering ske av antalet vpl/område. Lokal måste också identifieras och den bör dels innehålla tillräckligt antal platser för att vara kostnadseffektiv (ca 20) och dels ha "hotellprägel", vilket är en viktig del av mobiliseringen. På plan 12 finns "evakueringsavdelning" med 13 patientsalar, som skulle fungera bra som patienthotell. Bemanning skulle vara en sjuksköterska per natt, således drygt tre tjänster, motsvarande 1,5 mnkr. Till detta kommer behov av personal från kl. 17:00 - 21:00 och 07:00 till 09:00, motsvarande ca 800 tkr. Friställande av platser inom resp. område innebär att personalkostnaderna delvis eller helt täcks. Att inrätta ett provisoriskt hotell på kirurgslussen nattetid skulle kunna bidra med åtta platser, men inte uppfylla krav på ekonomi (för få platser), arbetsmiljö och hotellmiljö. Det skulle kunna vara en lättvårdsavdelning, men problem uppstår framför allt på mornarna, när patienter skall förberedas för operation.

Det finns patienthotell i många varianter runt om i Sverige. Om detta alternativ ska utredas bör det föregås som beskrivet ovan, av noggrann inventering av behovet. Vad ska kriteriet vara för en plats på Patienthotellet? Att patienten klarar egen ADL men har behov av läkemedel? Vilken bemanning? Kan det bli kostnadseffektivt? Kan platser skapas på någon vårdavdelning och därmed ge synergieffekter?

6.2 Ronder

Ronder är väl fungerande på en del enheter och mindre väl på andra. En enhet beskriver att de har medicinsk sekreterare med på rondan som då skriver direkt. Andra berättar om styrkan i kontinuitet när det är samma läkare som rondar dag efter dag. Det som tydligt framkommer är att kommunikation krävs för att få det att fungera.

Det finns personal som upplever ronderna som "jobbiga" när de måste ronda med många läkare som ibland alla kommer samtidigt. Det kan vara operationsprogram, mottagningstider, konsultationer som påverkar. Andra upplever att de får vänta

länge in på dagen/eftermiddagen innan rond sker när patienten är utlokaliserad. Ibland vet de inte vem som ska komma och ronda. Några tar upp stafettläkare som ett bekymmer. Så här berättar en medarbetare:

”En del ronder drar ofta ut på tiden, inga beslut tas på förmiddagsronden. Istället kommer besluten på eftermiddagsronden då kan klockan redan vara 16.00. Då blir det svårt om patienten ska skrivas ut. Det drabbar också akuten som inte kan få upp patienter som behöver plats”

Många beskriver att det finns förbättringspotential kring rondarbetet. *Smart rond* är ett sätt att ronda. Patienterna prioriteras, där instabila och nya rondas först samt att dokumentation görs direkt. Syftet är bl.a. att vårdprocessen kommer igång fort med diagnostik och behandling, samt att tidigt planera och förbereda för utskrivning, vilket i sin tur ger snabbare flöden och frigör tid för vårdpersonal. Det innebär också att sträva efter värdeskapande tid för alla personalkategorier.

Det finns exempel på ronder med ökad patientdelaktighet. Patienten kommer till läkarna, ssk, usk och medicinsk sekreterare istället för tvärtom. Hen är delaktig under hela rondan och kan följa med vad som skrivs i journalen via digital skärm i rummet.

Det kom även upp diskussioner kring inskrivning på avdelningar. En del lyfte fråga kring standardiserade inskrivningsmallar i syfte att säkra information som behövs fram till första rond. I nuläget rapporterar läkare muntligt vissa patienter, till vårdavdelning, övriga är det ssk på akuten som rapporterar. Önskan finns om en utveckling med standardmall i journalen. Där kan det framgå den tänkta planen för patienten, med bl.a. övervakningsintervaller med målvärden fram till kommande rond.

Utskrivningsprocessen har förbättrats gentemot kommunerna, vilket de flesta upplever. Några beskriver att arbetet kring utskrivningen på avdelningen kan förbättras för att effektivisera flödet. Det är även viktigt att patienten har kännedom om tidpunkt för hemgång, så att andra förväntningar inte uppstår om utskrivning är klar på förmiddagen.

6.3 Riskbedömning överbeläggning

Otydlighet finns kring vad en överbeläggning är, samt när det ska rapporteras. Enheterna har historiskt hanterat det på skilda sätt. Rapportering sker till Sveriges Kommuner och Regioner dagligen kl. 06.00, via Cosmic. Utöver det rapporteras vårdplatsläget kl. 08.00, 12.00 samt 16.00 av vårdplatskoordinator.

Definition av överbeläggning enligt Socialstyrelsen:

Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats. En disponibel vårdplats definieras

som en vårdplats i sluten vård, med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Vilket innebär att om patientsäkerhet, bemanning, arbetsmiljö, samt fysisk utformning finns tillgängligt ska en överbeläggning inte rapporteras även om enheten har ett lägre antal rapporterade disponibla/fastställda vårdplatser. Inför varje inskrivning ska en riskbedömning göras avseende ovanstående. Åtgärder kan behöva vidtas för att säkerställa behovet.

Vid rapportering gällande överbeläggningar bedöms följande:

- Är antalet vårdplatser överstigande antal fastställda/disponibla?
- Har varje patient en fysiskt utformad vårdplats?
- Har vi tillräcklig bemanning i nuläget och inför kommande passbyte?
- Har vi högre bemannat kontra vårt bemanningsmål?
- Bedöms vårdtyngden hanterlig på avdelningen i nuläget?

En sammanvägning av detta ger svar på om patientsäkerhet, bemanning, arbetsmiljö, samt fysisk utformning finns. Om så är fallet ska överbeläggning ej rapporteras. Riskbedömning ska genomföras som ska omfatta både psykiska och fysiska arbetsmiljörisker, såsom hög arbetsbelastning, tunga förflyttningar i tunga utrymmen, hot och våld, smitta och otillräckliga kunskaper.

Berörda skyddsombud och arbetstagare bereds möjlighet att ta del av riskbedömningarna. Framtagen rutin omfattar förutom en beskrivning av metodiken en beskrivning av:

- När riskbedömningar ska genomföras?
- Vem som ska utföra riskbedömningen?
- Vad riskbedömningen ska omfatta ?
- Vem som ansvarar för att åtgärder vidtas?

Riskbedömningarna ska göras innan patienten kommer till avdelningen och de ska genomföras av sjuksköterska eller undersköterska på avdelningen.

Bemanningsansvarig sjuksköterska på avdelningen ansvarar för att åtgärder vidtas i det korta perspektivet.

Vårdenhetschef handlägger riskbedömningen på avdelningen tillsammans med skyddsombud. Områdeschef/Verksamhetschef ansvarar för att riskbedömningarna kontinuerligt tas upp på Områdeskommittén. Som stöd vid riskbedömning ska *”Riskbedömningsblankett inför överbeläggning”* användas.

6.4 Rutin för utlokaliserade (satellitpatienter)

När utlokalisering sker är det nästan uteslutande p.g.a. platsbrist inom den tänkta specialiteten. Undantag kan vara en planerad utlokalisering t.ex. på Infektionsavdelningen. När patienten anländer inträffar det ofta att de läkemedel som är ordinerade inte finns på den nya avdelningen, det kan även saknas hjälpmedel med mera. Osäkerhet uppstår kring vem som ska sköta vad i samverkan med kommunerna inför hemgång. Önskan finns att en rutin likt den som finns med kommunen även behöver upprättas inom sjukhuset. Det för att säkra vården och minska belastningen både för avlämnande och mottagande enhet.

6.5 Vårdtyngdsmätning

Vårdtyngdsmätning är viktigt ur många aspekter som att identifiera de parametrar som resulterar i ökad vårdtyngd och för patientsäkerhet, omvårdnad och resursfördelning. Personalresurser kan fördelas på ett mer optimalt sätt för att öka patientsäkerheten och säkerställa god omvårdnad. Vårdtyngdsmätning syftar till att främja patientvården och kan användas som en kvalitetsindikator. Att beskriva vårdtyngd är komplext då det är många faktorer som påverkar varandra.

Det är svårt att göra en rättvis bedömning av vårdtyngd då många faktorer avgör hur mätningen går till och vad som är viktigt att mäta. Enkelt kan vårdtyngd beskrivas som patientens vårdbehov uttryckt i tid eller poäng. Patientens vårdtyngd bestäms av dennes anamnes, aktuella status och omvårdnadsbehov. Det är av intresse att ta reda på vilka faktorer som påverkar patientens vårdtyngd ur flera aspekter. Exempelvis skulle en bedömning av patientens vårdtyngd kunna förutsäga vilka resurser som krävs för god vård av patienten.

Vårdtyngdsmätningen bör innefatta variabler som mäter flera faktorer vilka återger den direkta och indirekta patientvården. Den direkta vården är den tid som används av vårdpersonal i direktkontakt med patienten medan den indirekta vården relaterar till exempelvis iordningsställande av läkemedel och dokumentation. Det är svårt att beskriva och mäta omvårdnadsarbete. Arbetsbördan kan vara ojämnt fördelad under ett arbetspass och det är ibland svårt att förutse patientens vårdbehov.

Vårdtyngdsmätning utförs idag på varierande sätt inom enheterna. Det finns en efterfrågan i verksamheterna att få en rutin/standard för jämförelse. Hälso- och sjukvårdsdirektören har initierat projekt för införande och ett pilotprojekt pågår.

Strategisk byggplan för sjukhuset

Vid utredarens möten med verksamheterna har dialogen förts som öppna diskussioner. Frågeställningar har presenterats därutöver har verksamheterna framfört vad de ser behöver utvecklas. Ett av dessa områden är kommunikation och information kring den strategiska byggplanen för Östersunds sjukhus. Verksamheterna planerar sina respektive områden, där naturligt även lokalfrågan är viktig. De upplever idag en otydlighet kring fastighetsinvesteringar och renoveringar.

7. Utdata ur Hälso- och sjukvårdsrapport 2020

Resultattabla

Resultattablan består av 10 indikatorer inom området Patienters och befolkningens syn på vården. Indikatorerna är hämtade från Hälso- och sjukvårdsbarometern samt Nationell patientenkät (NPE) - Sveriges Kommuner och Regioner. Data avser 2019 med undantag för indikatorerna H och I som avser 2018.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	84,3	60,8	67,6	59,7	65,1	25,4	80,6	88,5	87,7	85,6
Uppsala	85,7	61,8	68,5	60,3	65,3	19,4	82,1	90,0	86,2	88,0
Sörmland	85,1	57,0	61,0	60,4	63,8	20,4	80,8	87,4	83,9	86,0
Östergötland	85,4	64,4	75,7	57,9	64,6	22,5	79,9	89,9	89,2	87,5
Jönköpings län	92,0	76,0	79,2	72,4	61,9	23,0	82,7	90,7	89,6	86,8
Kronoberg	86,3	62,8	71,1	61,6	67,7	19,3	82,8	89,9	88,4	86,6
Kalmar län	87,5	68,6	75,2	66,6	61,1	15,7	84,6	91,6	91,2	87,3
Gotland	86,3	63,3	75,1	57,6	71,6	23,3	80,0	90,4	92,6	89,0
Blekinge	84,1	61,0	70,8	58,4	67,5	19,0	77,9	90,3	88,0	88,1
Skåne	82,9	56,2	66,4	56,3	61,7	20,7	80,7	89,6	87,0	87,5
Halland	89,5	70,9	76,1	67,8	68,3	17,2	84,6	92,1	89,8	89,4
Västra Götaland	82,7	55,6	67,5	54,6	64,3	20,7	79,7	89,5	87,0	85,9
Värmland	84,5	59,4	68,7	57,1	64,9	20,0	81,9	89,7	88,8	88,3
Örebro län	86,0	66,9	76,5	58,6	66,7	24,5	78,4	90,4	89,5	88,0
Västmanland	85,1	62,5	69,8	57,3	64,2	19,8	77,9	89,9	87,2	86,3
Dalarna	83,0	59,6	70,3	57,9	56,9	18,8	81,6	90,8	90,2	87,1
Gävleborg	84,6	52,2	58,2	60,4	62,2	18,9	82,9	88,9	85,8	87,3
Västernorrland	80,3	51,3	58,1	55,0	65,4	15,5	79,9	89,7	88,2	84,2
Jämtland Härjedalen	84,3	61,4	68,9	64,0	71,5	19,4	85,6	89,5	89,9	85,5
Västerbotten	87,1	66,5	75,1	62,8	75,4	20,2	81,4	89,7	90,6	86,3
Norrbottnen	80,6	56,0	61,3	56,7	57,6	19,2	80,4	88,4	89,4	92,8
Riket	84,5	60,2	68,7	59,0	64,4	21,5	81,0	89,7	88,1	86,9

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver, %	F	Förtroende för digitala vårdbesök
B	Förtroende för sjukvården i sin helhet, %	G	Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning, index
C	Förtroende för sjukhus, %	H	Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en öppenvårdsmottagning på sjukhus, index
D	Förtroende för vård- eller hälsocentral, %	I	Positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagd på sjukhus, index
E	Förtroende för 1177 Vårdguiden via telefon, %	J	Positivt helhetsintryck hos patienter standardiserat vårdförlopp cancer, index

Tillgänglighet och väntetider lyfts ofta fram som utmaningar inom den svenska hälso- och sjukvården, medan kvaliteten i andra avseende beskrivs som hög. Att förbättra tillgängligheten har därför varit en högt prioriterad fråga i många år, bland annat med hjälp av nationella vårdgarantier.

Resultattabla

Resultattablan består av 12 indikatorer inom området Tillgänglighet. Indikatorerna är hämtade från Väntetider i Vården, Nationell patientenkät samt Hälso- och sjukvårdsbarometern – Sveriges Kommuner och Regioner. Data avser i första hand 2019 (halvårsdata förekommer) med undantag för Nationell patientenkät avseende öppenvårdsmottagning på sjukhus (2018) och medicinsk bedömning (mars 2020).

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	90,7	96,3	89,0	91,7	84,9	96,8	80,5	82,6	88,8	58,2	49,3	94,3
Uppsala	74,8	81,3	80,9	79,3	72,3	72,5	76,0	82,7	89,4	57,4	43,0	87,8
Sörmland	74,7	83,1	67,3	75,6	69,2	69,9	84,6	82,5	86,4	63,4	45,9	82,5
Östergötland	79,5	89,0	80,8	82,9	74,1	97,8	42,9	83,4	88,7	65,5	52,1	84,1
Jönköpings län	84,2	88,7	87,7	86,2	88,6	95,3	24,8	84,7	89,3	79,7	63,5	97,0
Kronoberg	82,5	86,6	81,6	84,4	77,7	92,8	34,5	85,2	89,1	68,4	52,4	91,5
Kalmar län	81,6	83,1	82,5	79,8	79,8	96,1	51,8	86,4	90,4	73,2	61,4	90,8
Gotland	85,0	91,9	76,7	88,2	81,3	84,1	95,8	83,3	90,0	67,1	61,3	96,5
Blekinge	71,9	77,5	84,9	75,2	85,3	98,9	62,4	81,2	88,5	69,3	54,9	84,8
Skåne	67,9	85,2	79,4	81,1	66,3	79,7	90,0	82,8	88,8	59,3	44,7	90,0
Halland	80,1	93,1	91,9	89,2	93,2	93,0	60,0	85,2	91,4	69,4	60,3	92,9
Västra Götaland	95,0	83,9	80,9	77,0	63,7	88,1	59,3	82,0	88,1	58,0	40,5	90,3
Värmland	70,2	70,9	70,0	67,5	55,7	95,2	54,9	81,5	88,5	60,2	46,4	84,4
Örebro län	85,3	81,2	68,3	82,1	63,9	93,1	45,8	81,3	89,0	63,1	50,0	86,7
Västmanland	85,8	82,3	87,0	78,9	73,4	87,8	32,2	82,0	88,7	67,2	50,1	
Dalarna	90,0	79,8	77,2	77,8	61,3	84,6	82,7	83,1	89,1	62,3	46,1	87,9
Gävleborg	70,0	81,6	80,8	61,0	62,6	85,8	46,7	85,5	87,4	70,1	48,0	87,0
Västernorrland	72,1	70,9	63,3	62,7	57,3	68,3	61,3	82,4	88,2	56,5	43,6	86,5
Jämtland Härjedalen	74,4	67,4	61,3	58,9	51,4	79,2		84,8	88,9	65,7	45,0	87,0
Västerbotten	64,8	75,3	72,4	77,9	64,2	79,8	33,7	84,2	88,5	65,8	49,3	77,1
Norrbottnen	93,0	77,7	67,7	60,3	59,6	88,0	47,1	83,4	87,6	62,7	44,0	90,1
Riket	79,9	87,1	80,3	79,1	68,8	89,7	69,1	83,0	88,7	61,9	47,9	88,6

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, samtliga legitimerade yrkesgrupper %	G	Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, %
B	Genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård, %	H	Positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning, index
C	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård, %	I	Positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt öppenvårdsmottagning på sjukhus, index
D	Väntande 90 dagar eller kortare på första besök inom specialiserad vård, %	J	Rimlig väntetid till vård- eller hälsocentral, %
E	Väntande 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård	K	Rimlig väntetid till sjukhusvård, %
F	Genomförda första besök inom 90 dagar i allmänpsykiatrisk vård, %	L	Primärvårdens tillgänglighet per telefon, %

Sjukvårdens tillgänglighet påverkas av flera aspekter än väntetider, flera som är svåra att mäta och som inte fångas av vårdgarantier för nybesök. Patientavgifter, geografiska avstånd och språkliga barriärer kan spela roll, liksom patienternas förväntningar. Det finns en tillgänglighetsaspekt även vid kronisk sjukdom, men här beskrivs främst aspekter av tillgänglighet som mäts inom ramen för vårdgaranti.

Resultattabla

Resultattabla består av 10 indikatorer inom området Patientsäkerhet. Indikatorerna är hämtade från Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Regioner. Data avser 2020 för indikatorer för trycksår men 2019 för övriga indikatorer.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	7,6	6,4	13,3	22,8	61,8	66,7	3,0	1,1	5,0	81,7
Uppsala	10,5	9,3	11,9	21,5	76,2	80,4	2,8	2,3	7,1	51,2
Sörmland	9,6	9,7	14,1	19,1			0,8	0,2	4,8	86,6
Östergötland	10,8	4,5	6,4		86,5	86,5	2,6	4,3	6,9	69,0
Jönköpings län	8,9	8,7	11,5	15,7	88,9	90,3	1,1	0,3	1,4	
Kronoberg	12,3	1,4	6,8	17,7	76,2	77,6	0,1	0,3	2,5	98,4
Kalmar län	10,5	1,9	4,0	19,4	71,9	76,9	0,2	2,0	0,5	90,1
Gotland	5,2	9,4	12,1	12,1	72,9	77,1	5,7	0,0	1,7	47,7
Blekinge	8,4	11,0	13,6	21,7	72,9	76,1	1,8	1,4	3,4	
Skåne	11,0	6,7	9,8	19,0	80,2	85,5	1,5	2,5	7,6	95,9
Halland	11,3	6,5	8,2	19,0	59,6	64,0	0,9	1,4	1,9	77,7
Västra Götaland	7,0	9,8	13,0	19,7	72,9	75,7	2,3	1,6	6,7	64,3
Värmland	9,7	4,9	8,0	18,0	79,1	82,6	1,8	0,1	2,2	60,5
Örebro län	9,4	6,2	10,3	21,5	75,9	78,4	1,7	0,1	2,6	52,0
Västmanland	8,8	4,0	7,3	18,3	71,1	76,3	1,2	0,2	2,1	80,1
Dalarna	8,9	11,6	13,4	23,5	64,0	67,7	1,6	1,9	1,7	66,1
Gävleborg	6,5	8,0	10,2	20,7	79,9	82,4	1,6	7,2	6,5	85,9
Västernorrland	10,0	11,1	12,3	24,8	77,2	80,0	0,9	3,7	6,4	94,5
Jämtland Härjedalen	8,2	13,0	11,9	13,3	68,5	74,5	1,9	2,5	3,1	
Västerbotten	9,8	7,8	9,8	15,8			5,5	9,0	3,7	66,0
Norrbottnen	10,6	11,4	16,2	23,8	64,3	67,6	2,8	3,4	6,0	95,2
Riket	9,2	7,6	11,3	20,3	74,5	78,1	2,1	2,0	5,0	72,7

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård, %	F	Följsamhet till grundläggande hygienrutiner, %
B	Patienter med sjukhusförvärvade trycksår, %	G	Utlökaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
C	Patienter med trycksår i slutenvård, %	H	Överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
D	Trycksår hos riskpatienter, %	I	Överbeläggningar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
E	Följsamhet till grundläggande hygienrutiner och klädregler, %	J	Användning av WHO:s checklista för säker operation, %

Regionerna bedriver med stöd från SKR ett antal olika aktiviteter; journalgranskningar för att identifiera skador och vårdskador, mätningar kring vårdhygien, förekomst av vårdrelaterade infektioner och trycksår. Dessutom mäts överbeläggningar och utlokaliseringar i slutenvården vid sjukhus. Med anledning av de påfrestningar som covid-19-pandemin innebär för sjukvården blir det särskilt viktigt att fortsatt under 2020 följa i vilken mån patientsäkerheten påverkas och har påverkat för olika patientgrupper.

Resultattabla

Resultattablan består av 11 indikatorer inom området Resultat för stora sjukdomsgrupper. Indikatorerna är hämtade från Socialstyrelsens hälsodataregister samt Riksstroket. Data avser 2018 för fem indikatorer, 2017 för en indikator, 2016-2018 för två indikatorer, 2017-2018 för två indikatorer samt 2012-2018 för en indikator.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	50,3	11,1	6,8	29,1	61,2	24,5	11 440	815,7	1,35	15,6	2,33
Uppsala	49,4	8,7	7,8	28,1	59,9	25,5	5 162	618,5	1,55	13,9	2,51
Sörmland	59,3	9,8	8,8	31,9	58,4	24,8	9 230	656,1	1,26	18,9	2,29
Östergötland	57,6	9,9	8,8	29,8	62,0	23,8	11 451	516,5	1,43	13,5	2,54
Jönköpings län	56,8	9,6	7,5	30,3	62,8	22,0	9 341	638,1	1,46	14,8	2,90
Kronoberg	52,1	12,0	5,4	25,2	61,4	25,8	6 196	626,0	1,36	18,0	2,12
Kalmar län	59,9	11,6	7,3	35,7	58,8	27,0	15 685	690,4	1,42	17,8	2,40
Gotland	48,2	10,6	8,1	18,1	58,7	24,7	5 839	771,2	1,52	29,1	2,25
Blekinge	62,3	11,6	7,8	28,5	60,0	25,9	8 841	621,3	1,47	15,1	2,55
Skåne	53,9	10,8	6,9	30,8	60,2	24,7	7 299	642,3	1,37	13,3	2,35
Halland	48,3	11,2	7,1	32,0	61,1	21,6	7 528	593,2	1,43	17,0	2,28
Västra Götaland	57,2	10,9	7,2	31,8	61,6	25,1	8 385	602,1	1,39	13,9	2,46
Värmland	57,1	11,7	5,9	28,8	58,5	24,4	8 550	678,4	1,27	15,2	2,93
Örebro län	57,8	10,3	7,1	27,8	59,5	24,6	9 226	566,7	1,38	16,6	1,80
Västmanland	54,6	9,2	7,0	32,7	59,4	28,0	4 336	758,5	1,33	21,6	2,23
Dalarna	51,1	10,4	8,2	30,2	57,1	28,0	6 569	642,4	1,28	22,1	2,36
Gävleborg	54,5	13,1	7,9	29,2	56,3	25,6	9 060	669,7	1,29	15,8	2,36
Västernorrland	58,3	10,6	7,4	29,3	59,6	27,7	10 687	613,6	1,27	14,9	2,27
Jämtland Härjedalen	53,4	12,2	7,7	24,4	57,3	22,6	7 881	614,1	1,26	16,8	3,16
Västerbotten	50,2	7,7	5,5	30,1	60,9	25,5	8 960	587,6	1,28	14,2	2,04
Norrbottnen	60,8	12,0	6,9	30,1	58,0	24,4	12 899	639,1	1,49	16,6	2,85
Riket	54,3	10,7	7,2	30,3	60,4	24,9	9 324	659,8	1,38	15,5	2,39

Grönt-gult-rött i maximal sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Sjukvårdsrelaterad påverkbar dödlighet per 100 000 invånare	G	Återfraktur efter fragilitetsfraktur antal per 100 000 levnadsår
B	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt 28 dagar, %	H	Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom per 100 000 invånare
C	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, %	I	Överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdom vid diabetes, kvot
D	Död eller ADL-beroende efter stroke, %	J	Själv mord i befolkningen per 100 000 invånare
E	Överlevnad vid cancersjukdom – flera cancerformer, %	K	Överdödlighet vid bipolär sjukdom, kvot
F	Dödlighet efter höftfraktur, %		

Ett centralt mått på hälso- och sjukvårdens kvalitet är det resultat den åstadkommer för befolkningens hälsa. Hälso- och sjukvårdens resultat i termer av överlevnad och lägre risk för ny sjukdom förbättras över tid för flera stora sjukdomsgrupper, samtidigt som förekomsten minskar.

Resultattabla

Resultattablan består av 11 indikatorer inom området Kunskapsbaserad vård. Indikatorerna kommer från Riksstroke, SWEDHEART, Nationella diabetesregistret (NDR), Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, Nationella prostatacancerregistret (NPCR), Svenska kolorektalcancerregistret (SCRCR), Nationella lungcancerregistret samt Graviditetsregistret. Data avser 2019, färgsättning baserad på målnivå.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	79	74	70,1	95,2	58,1	9,5	98,7	85,7	98,6	96,1	81,9
Uppsala	83	81	58,8	87,5	55,9	8,9	98,0	92,9	93,7	70,6	93,3
Sörmland	79	83	70,2	91,0	58,4	7,5	97,5	87,6	99,3	92,2	81,3
Östergötland	92	86	67,3	93,9	66,3	8,2	98,6	96,8	95,4	79,1	91,0
Jönköpings län	76	76	65,8	89,0	54,6	10,3	98,7	89,5	97,4	96,1	88,8
Kronoberg	75	75	79,0	87,1	54,6	12,6	98,1	94,5	94,9	69,1	85,4
Kalmar län	82	72	53,1	91,1	54,3	9,7	99,6	90,2	96,1	53,4	93,3
Gotland	66	82	47,5	87,9	52,1	10,2	98,5	97,4	100,0	59,1	91,8
Blekinge	56	80	80,5	88,2	54,1	8,8	100,0	98,2	95,7	46,6	92,3
Skåne	80	84	77,7	90,6	49,9	9,3	98,0	72,1	95,5	77,4	90,8
Halland	88	82	67,2	90,3	60,6	6,1	99,4	96,4	96,6	87,1	97,1
Västra Götaland	88	83	66,9	93,0	58,7	8,8	98,4	88,4	95,1	61,4	84,9
Värmland	80	80	49,5	90,8	56,7	8,9	92,3	97,9	97,3	88,0	90,6
Örebro län	91	81	68,1	90,5	59,4	8,3	97,1	73,6	96,8	97,1	88,0
Västmanland	92	81	74,7	96,3	58,9	8,6	100,0	94,0	98,0	92,2	78,7
Dalarna	80	89	63,9	91,1	57,4	8,8	98,5	67,9	84,9	77,6	83,2
Gävleborg	90	77	80,8	93,0	55,6	10,1	95,4	96,8	97,1	87,7	90,1
Västernorrland	87	76	73,6	93,6	56,7	10,7	94,6	83,5	98,3	65,4	81,3
Jämtland Härjedalen	77	83	43,0	96,3	50,8	6,9	99,1	99,4	96,4	62,3	85,9
Västerbotten	76	81	63,3	88,8	64,5	7,2	97,3	97,7	97,5	88,4	86,5
Norrbottnen	92	80	58,7	86,1	59,7	10,4	100,0	45,5	95,9	88,2	85,2
Socialstyrelsen	90,0		60,0	85,0	65,0	10,0	100,0	100,0	100,0	74,0	
Kvalitetsregister hög	90,0	80,0	60,0	85,0			99,0	90,0	90,0	95,0	85,0
Kvalitetsregister låg	80,0	70,0	40,0	80,0			95,0	70,0		70,0	

Målnivå – färger efter måluppfyllelse: För vissa indikatorer finns endast en målnivå. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Strokeenhet som första vårdenhet vid stroke, %	G	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad bröstcancer, %
B	Antikoagulantia-behandling vid förmaksflimmer och ischemisk stroke, %	H	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad prostatacancer, %
C	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt, %	I	Multidisciplinär konferens vid tjocktarmscancer, %
D	Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt, %	J	Multidisciplinär konferens vid lungcancer, %
E	Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård, %	K	Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning, %
F	Blodssocker (HbA1c > 70 mmol/mol) vid diabetes – primärvård, %		

Kunskapsbaserad vård är ett brett begrepp, men måluppfyllelse för kvalitetsmått ger en bild av om vårdriktlinjer följs.

Resultattabla

Resultattablån består av 10 indikatorer inom området Ekonomiska resultat och kostnader. Indikatorerna är hämtade från Statistiska Centralbyrån (SCB), Statistiska Centralbyrån och Sveriges Kommuner och Regioner samt KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Regioner. Data avser 2019 för indikatorerna A-G och 2018 för indikatorerna H-J.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	1,3	1,2	10	-7	93	-63	11,65	26 298	59 157	58 128
Uppsala	2,2	-0,7	30	0	102	11	11,08	24 625	58 850	64 003
Sörmland	6,0	0,4	32	-2	58	36	11,27	24 859	59 189	62 297
Östergötland	0,0	-1,6	42	5	98	38	10,80	24 641	55 928	56 374
Jönköpings län	9,0	4,1	50	17	102	66	11,05	24 782	52 691	55 515
Kronoberg	3,1	1,0	32	-19	95	38	12,06	25 870	59 674	58 723
Kalmar län	2,2	-0,1	35	-20	65	37	11,20	24 427	61 503	49 297
Gotland	2,1	1,3	43	0	89	-3	11,58	26 994		
Blekinge	1,1	0,1	29	-28	101	35	11,52	26 606	61 493	62 569
Skåne	2,3	2,2	-8	-60	73	-13	11,01	24 515	54 667	62 720
Halland	2,7	0,8	37	7	36	42	11,17	25 373	53 814	54 245
Västra Götaland	1,8	0,6	19	-30	124	20	11,36	24 730	61 367	57 454
Värmland	5,8	1,2	22	-32	172	31	11,74	24 943	57 382	52 619
Örebro län	4,8	0,6	26	-22	38	22	11,64	25 510	58 315	59 270
Västmanland	10,0	2,4	39	0	136	60	11,41	25 155	55 060	57 908
Dalarna	1,6	0,1	4	-77	68	18	11,67	24 596	55 830	56 073
Gävleborg	6,1	0,1	40	-14	168	61	11,67	26 028	57 428	54 047
Västernorrland	1,5	-0,9	28	-37	198	37	11,78	25 553	66 541	56 534
Jämtland Härjedalen	-4,1	-5,0	-31	-120	39	11	11,41	26 979	56 644	56 804
Västerbotten	2,7	-4,0	19	-24	36	32	11,85	26 774	61 507	60 243
Norrbottnen	7,0	1,5	40	-11	50	66	11,92	25 579	62 274	58 568
Riket	2,7	0,8	19	-17	92	28	11,44	25 332	58 287	58 281

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Resultat efter finansiella poster % av skatter o bidrag	F	Finansiella nettotillgångar, % av skatter o bidrag
B	Balanskravsresultat % av skatter o bidrag	G	Justerad landstingsskattesats, %
C	Soliditet koncern landsting, %	H	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kronor
D	Soliditet inkl. pensioner före 1998, %	I	Kostnad per producerad DRG-poäng i öppen sjukhusvård, kronor
E	Självfinansiering av investeringar, %	J	Kostnad per producerad DRG-poäng i slutna sjukhusvård, kronor

Det ekonomiska läget i regionerna påverkas av och ger förutsättningar för verksamheterna och dess förmåga att genomföra uppdragen effektivt.

Att hälso- och sjukvårdens medarbetare har bra förutsättningar att utföra sitt arbete är avgörande för hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kompetensförsörjningen måste vara långsiktig och anpassad till en ökad andel äldre i befolkningen. Ungefär nio av tio utbildade sjuksköterskor arbetar som sjuksköterska eller inom branschen vård och omsorg. Andelen har endast förändrats marginellt under perioden 1996 till 2016, enligt studien *Bristyrken i offentlig verksamhet från IFAU16*, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.

Det är dock fler sjuksköterskor som arbetar som exempelvis vårdutvecklare eller chefer än tidigare. SKR:s personalstatistik¹⁷ visar att 9 procent av de månadsavlönade tillsvidareanställda lämnade regionsektorn mellan 2018 och 2019. Det handlar om såväl pensionsavgångar som de som går till privat eller kommunal sektor eller lämnar av andra skäl. Lite drygt en tredjedel av de som lämnade var över 60 år medan var tionde började arbeta i en kommun. Utöver de som lämnade sektorn var det en procent som bytte region inom sektorn och 11 procent som bytte arbetsställe inom sin region.

Resultattabla

Resultattablan består av 12 indikatorer inom området Kompetensförsörjning. Fokus är på regionerna som arbetsgivare, inte bara som huvudman och finansär för sjukvården. Indikatorerna är hämtade från Sveriges Kommuner och Regioner och avser 2019 med undantag för indikatorerna för HME (medarbetarengagemang) som avser 2015-2019. Alla mått i resultattablan (utom hyrkostnad) visas i Kolada, men inte på Vården i siffror, undantaget HME. Alla regioner rapporterar inte sina resultat i Kolada och är därför inte med i resultattablans tre mått från HME-enkäten. HME-måtten avser senast rapporterade värde sedan 2015 och redovisas i Vården i siffror.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	2,8			78	76	74	6,1	1,8	85	5	10	72
Uppsala	3,1	10	13	79	77	73	5,3	2,2	85	6	9	69
Sörmland	4,9	9	13	78	77	74	6,4	1,7	83	7	10	71
Östergötland	3,2	9	12				5,8	2,0	87	7	6	70
Jönköpings län	3,1	9	10	79	82	76	5,6	2,0	87	6	7	61
Kronoberg	5,7	9	11				5,0	2,0	86	7	8	64
Kalmar län	5,7	9	11	81	82	75	5,2	2,0	86	7	7	67
Gotland	9,1			79	76	70	6,1	1,6				
Blekinge	4,5	9	12				5,4	1,8	88	5	7	74
Skåne	2,3	9	12				5,4	1,8	85	7	8	71
Halland	2,9	9	10				5,2	1,8	86	6	7	61
Västra Götaland	2,1	9	10	77	74	70	6,2	1,8	87	6	7	69
Värmland	4,9	9	15	81	80	77	5,3	1,6	84	6	10	69
Örebro län	2,9	9	11	79	79	74	5,0	1,8	86	7	7	74
Västmanland	6,0	9	11	81	80	76	6,9	1,7	86	6	8	71
Dalarna	5,5	9	11				6,0	2,1	85	7	8	69
Gävleborg	7,8	9	16	80	79	76	5,5	1,6	86	5	9	75
Västernorrland	14,1	10	12	78	78	72	5,2	1,7	81	9	9	77
Jämtland Härjedalen	5,3	10	10				4,7	1,5	87	7	6	71
Västerbotten	3,9	8	10				5,4	1,7	86	8	6	70
Norrbottnen	8,4	10	10	80	79	74	4,5	1,9	84	8	8	75
Riket	3,8	9	14	80	79	76	5,5	1,8	86	6	8	70

Blå skala i maximalt sex nyanser:
När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A Hyrkostnader andel av egna personalkostnader, %	G Sjukfrånvaro bland regionanställd, totalt, %
B Andel avgångna tillsvidareanställda, %	H Kvot mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro
C Andel nyanställda tillsvidareanställda, %	I Andel tillsvidareanställda månadsavlönade, %
D Hållbart medarbetarengagemang - Motivation, Index	J Andel visstidsanställda månadsavlönade, %
E Hållbart medarbetarengagemang - Ledarskap, Index	K Andel visstidsanställda timavlönade, %
F Hållbart medarbetarengagemang - Styrning, Index	L Andel heltidsarbetande månadsavlönade, %

Befolknings och geografiska data – Region JH andel 80 år samt 85 år över rikssnittet.

Tabell 1 - Befolkning- och geografidata 2019

Län	Folkmängd ¹	Andel 80 år + ¹	Andel 85 år + ¹	Landareal (km ²) ²	Invånare per km ²
Blekinge	159 606	6,6 %	3,2 %	2 931	54
Dalarna	287 966	6,3 %	3,1 %	28 030	10
Gotland	59 686	6,4 %	3,1 %	3 134	19
Gävleborg	287 382	6,1 %	2,9 %	18 113	16
Halland	333 848	5,8 %	2,8 %	5 427	62
Jämtland	130 810	6,0 %	2,9 %	48 935	2,7
Jönköping	363 599	5,8 %	2,9 %	10 436	35
Kalmar	245 446	6,7 %	3,3 %	11 160	22
Kronoberg	201 469	5,9 %	3,0 %	8 423	24
Norrbottnen	250 093	6,4 %	3,0 %	97 242	2,6
Skåne	1 377 827	5,1 %	2,5 %	10 965	126
Stockholm	2 377 081	3,9 %	1,9 %	6 514	365
Sörmland	297 540	5,7 %	2,7 %	6 072	49
Uppsala	383 713	4,6 %	2,2 %	8 189	47
Värmland	282 414	6,6 %	3,3 %	17 519	16
Västerbotten	271 736	5,6 %	2,7 %	54 664	5,0
Västernorrland	245 347	6,4 %	3,0 %	21 548	11
Västmanland	275 845	5,8 %	2,8 %	5 117	54
Västra Götaland	1 725 881	5,1 %	2,5 %	23 800	73
Örebro	304 805	5,3 %	2,6 %	8 504	36
Östergötland	465 495	5,4 %	2,7 %	10 557	44
Riket	10 327 589	5,2 %	2,5 %	418 443	25

¹ Källa SCB, 2019-12-31

² Källa SCB, 2020-01-01

Markerade län ingår med data i årets rapport.

8. Begreppsförklaring

Vårdplatser

Begreppet vårdplats har olika innebörd beroende på sammanhang. Innebörden kan också skilja sig mellan regioner nationellt. För begreppet disponibel vårdplats finns en nationell definition och för dessa genomförs även nationella jämförelser. I Region JH används begreppen fastställd vårdplats, disponibel vårdplats, teknisk vårdplats och observationsplats.

Fastställd vårdplats

Vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman. Fastställd vårdplats är en administrativ benämning och används i till exempel budget- och planeringssammanhang.

Disponibel vårdplats

Vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Teknisk vårdplats

Disponibel vårdplats på vårdenhet med särskilda resurser. Exempelvis intensivvårdsplats eller förlossningsplats. Ansvarig moderklinik finns kopplad till vårdplatsen.

Utlokaliserad patient

Utlokaliserad patient definieras som en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Innebörden i begreppet medicinskt ansvar behöver tolkas lokalt utifrån vårdgivarens organisatoriska förutsättningar. En patient räknas inte som utlokaliserad när det är medicinskt motiverat att vårda på annan vårdenhet till exempel kirurgisk vård på vårdavdelning, isoleringsvård, vård på akutvårdsenhet och intensivvård.

Överbeläggning

Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.

Observationsplatser

En observationsplats (OBS-plats) är en vårdplats för max 24 timmar per vårdtillfälle, där patienter behöver utredas, bedömas, behandlas och/eller observeras men som inte kräver inläggande slutenvård. Dessa platser ingår inte bland de vårdplatser som definieras som fastställda vårdplatser eller disponibla vårdplatser.

8.1 Förkortningar som förekommer i rapporten

- ADL – Aktiviteter i dagliga livet
- BUM – Barn- och ungdomsmedicin
- EC – Enhetschef
- HIM – Hematologi/Infektion/Medicin
- HNR – Hjärta/Neurologi/Rehabilitering
- HSL – Hälso- och sjukvårdsledningen
- IVA - Intensivvårdsavdelning
- IMA – Intermediärvårdaavdelning
- JLL – Jämtlands läns landsting
- MIG – Mobil intensivvårdsgrupp
- KAVA – Kirurgisk Akutvårdsavdelning
- MINT – Mobilt närvårdsteam
- MIST – Mobilt stroketeam
- MVT - Medelvårdtid
- MÖRT – Mobilt rehabiliteringsteam
- NEWS – National early warning score
- NIV – Noninvasiv ventilation
- OC - Områdeschef
- Pat – Patient
- PKT – Palliativt konsultteam
- PONK – Palliativ onkologisk avdelning
- RJH – Region Jämtland Härjedalen
- r/t – relaterat till
- SFAI – Svensk Förening för Anestesi- och Intensivvård
- SIR – Svenska Intensivvårdsregistret
- SIS – Svenska Intensivvårdssällskapet
- SKR – Sveriges kommuner och regioner
- Ssk – sjuksköterska
- Stor-PONK – Palliativ Onkologisk avdelning
- STV – Specialisttandvården
- t.ex. – till exempel
- ul – utlokaliserad
- Usk – undersköterska
- UVA - Uppvakningsavdelning
- vpl - vårdplats
- öb – överbeläggning
- ÖNH – Öron-Näsa-Hals

Bilaga 1

Ärende gällande fastställda somatiska vårdplatser

S-Situation

Regiondirektören har givit Hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att arbeta fram ett förslag gällande dimensionering av de somatiska vårdplatserna i syfte att besluta och fastställa dessa politiskt.

B-Bakgrund

Vårdplatser har förändrats över tid relaterat till behov samt till personaltillgång. Den medicinska utvecklingen har givit kortare medelvårdtider samt andra behandlingsmetoder vilket minskat behovet av antal vårdplatser. Övergången till Nära vård med utökad uppdrag för Primärvården samt tillkomsten av mobila team samt digitala möjligheter medför även det ett minskat behov.

A-Aktuellt

En vårdplatsutredning pågår där fakta granskats gällande 26 månader från januari 2018 - februari 2020. Tiden från mars och framåt har exkluderats då Covid-påverkan ej ger en korrekt bild av behovet. Föregående utredningar, rapporter från andra regioner, siffror och statistik från Öppna Jämförelser, Vården i siffror, SKR och Socialstyrelsen har vägts in. Dessa siffror har sedan presenterats för berörda verksamheter som fått bekräfta sina siffror samt lämna synpunkter på dessa. HSL har haft en workshop kring temat och arbetat fram förslag. Studiebesök är genomförda ute på avdelningar. Därefter har ett förslag till fördelning arbetats fram.

R-Rekommendation

Vid genomgång och jämförelse nationellt kan vi fastslå att Region Jämtland/Härjedalen har vårdplatser i nivå med resten av landet. Att överbeläggningar, utlokaliseringar och återinläggningar är på en låg nivå i nationell jämförelse. En ny vårdnivå mellan Intensivvård och vårdavdelning har länge diskuterats och föreslås nu starta som projekt. Därav föreslås följande fördelning och antal som avser vårdplatser vardagar i terminerna, reducering kan ske relaterat till elektiva flödet under helger samt sommarperiod:

Område Kirurgi = 52 vårdplatser

Område Ortopedi = 40 vårdplatser

Område Kvinna = 21 vårdplatser

Område BUM = 16 vårdplatser

Område HIM = 57 vårdplatser

Område HNR = 56 vårdplatser

Område An/Op/IVA = 7 vårdplatser – ska utvärderas efter att IMA startat

Område Akut = 4 IMA-platser

Förändring mot budget 2020 samt nuläge ses i tabell nedan:

Fastställda somatiska vårdplatser förslag

Förslaget avser antal vårdplatser vardagar i terminerna, reducereing kan ske på helger relaterat till elektivt intag samt under sommaren.

Område/avdelning	I budget 2020	Öppna Höst 2020	Förslag fastställda 2021	Ökat/minskat jmf med budget 2020	Överbeläggingsmöjlighet
Kirurgi	56	40	52	- 4	6
Ortopeden	42	36 +4 kir	40	- 2	4
Kvinna	28	21 + 2 kir	21	- 7	2
BUM	16	16	16	+/- 0	
HNR*	59	50	56	- 3	3
HIM	56	50	57	+ 1	7
IVA	7	7	7 *	+/-0	
IMA	0	0	4	+ 2 (+4)	
Summa:	264	226	253	-11 vpl	22

*Antal IVA platser och deras beläggning ska utvärderas och eventuellt reduceras efter att IMA platser öppnats.

Bilaga 2

Fördelningsförslag

Fördelningsförslag											
Avdelning	Område	Budget vpl 2021	öb möjlighet	Budget vpl 2020	Nuläge höst 2020	Lokaler	anmärkning	Minskar vpl	Ökar vpl	oförändrat	Att beakta vid budgetprocess
IMA	Akut	2 till 4		0	0	Hus 8, plan 4	Starta med 2 vpl, utöka till 4				2 till 4 IMA platser
OBS 4+3+ barn							Plgpihöma barn? CDU - 3 platser?				Finsieras av minskade vårdplatser
ÖGI, NGI, KAVA,	Kirurg	36	4	36	30	Hus 8, plan 13	Finns möjlighet med 48 vpl				0 Kirurgen 52 vpl
STV, ÖGON, Bröst, Kärl											Beakta neddragning elektiva helgsamt sommar
Uro, ÖNH, Stor-PONK	Kirurg	16	2	20	10	Hus 8, plan 11	samverkan Lunga natt?		4		
Ortoped avd akut+elektiv	Ortoped	40	4	42	40	Hus 8, plan 9	Pat enthotell? Inskrivningsmottagning flytta till plan 12?		2		Ortopeden 40vpl Beakta neddragning elektiva helgsamt sommar
Lungan	HIM	16	2	12	12	Hus 8 plan 11	Samverkan med Stor-PONK? ventilator- och syrgas ssk på avdelning			4	HIM 57 vårdplatser
Infektion	HIM	17	2	17	17	Hus 9, plan 2					0
Blod/endo/mage/tarm/njure	HIM	24	3	27	21	Hus 8, plan 8			3		
Hjärta	HNR	20	3	23	19	Hus 8, plan 7	4 dagvårdsplatser		3		HNR 56 vårdplatser
Stroke	HNR	20	0	20	15	Hus 8, plan 10	Neuromottagn på samma plan stortyta för dagvård?				0
Rehab	HNR	16		16	16	Remonthagen	Räknas inte med av vpl koordinatör				0
Neonatalen	BUM	8		8	8	Hus 4, plan 8	samverkan NRF				0 BUM 16 vårdplatser beakta neddragning sommar
Barnavdelningen	BUM	8		8		Hus 4, plan 8	Tar alltid sina egna, vb öka till 25 år för kir+ort?				0
BB	Kvinna	14		14	14	Hus 4, plan 7	Öppenvårds mottagning				0 Kvinna 21 vårdplatser Ny bemanningsnorm måste räknas fram
Gynavdelning	Kvinna	7	2	14	9	Hus 4, plan 7	Bemanningsnorm måste räknas om Höst 2020 finns 2 kirr platser Fortsatt hjälp på kir vb		7		Neddragning helger? Sommar?
IVA	An/op/IVA	7		7	7		Gränsdragning mot IMA!				0 IVA 7 vpl
Totalt		249	22	264	218				19	4	0
Psykiatrinen	Psyk	34		34	34		Ej med i uppdraget				
Totalt		283		298	252						

Bilaga 3

Rapportering av överbeläggning Östersunds sjukhus

S-Situation

Behov finns att tydliggöra när en överbeläggning ska rapporteras.

B-Bakgrund

Otydlighet finns kring vad en överbeläggning är samt när det ska rapporteras. Enheterna har historiskt hanterat det på skilda sätt. Rapportering sker till Sveriges Kommuner och Regioner dagligen kl. 06.00, via Cosmic. Utöver det rapporteras vårdplatsläget kl. 08.00, 12.00 samt 16.00 av vårdplatskoordinator.

A-Aktuellt

Definition av överbeläggning enligt Socialstyrelsen:

Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats. En disponibel vårdplats definieras som en vårdplats i sluten vård, med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Vilket innebär att om patientsäkerhet, bemanning, arbetsmiljö, samt fysisk utformning finns tillgängligt ska en överbeläggning inte rapporteras även om enheten har ett lägre antal fastställda vårdplatser.

Inför varje inskrivning ska en riskbedömning göras avseende ovanstående. Åtgärder kan behöva vidtas för att säkerställa behovet.

R-Rekommendation

Vid rapportering gällande överbeläggningar bedöms följande:

- Är antalet vårdplatser överstigande antal fastställda/disponibla?
- Har varje patient en fysiskt utformad vårdplats?
- Har vi tillräcklig bemanning i nuläget och inför kommande passbyte?
- Har vi högre bemannat kontra vårt bemanningsmål?
- Bedöms vårdtyngden hanterlig på avdelningen i nuläget?

En sammanvägning av detta ger svar på om patientsäkerhet, bemanning, arbetsmiljö, samt fysisk utformning finns. Om så är fallet ska överbeläggning ej rapporteras. Riskbedömning enligt nedanstående genomförs:

Riskbedömning inför överbeläggning

Riskbedömningarna ska omfatta både psykiska och fysiska arbetsmiljörisker t.ex. hög arbetsbelastning, tunga förflyttningar i tunga utrymmen, hot och våld, smitta och otillräckliga kunskaper.

Berörda skyddsombud och arbetstagare bereds möjlighet att ta del av riskbedömningarna. Rutinen omfattar förutom en beskrivning av metodiken en beskrivning av:

- När riskbedömningar ska genomföras?
- Vem som ska utföra riskbedömningen?
- Vad riskbedömningen ska omfatta?
- Vem som ansvarar för att åtgärder vidtas?

Riskbedömningarna ska göras innan patienten kommer till avdelningen och de ska genomföras av sjuksköterska eller undersköterska på avdelningen. Bemanningsansvarig sjuksköterska på avdelningen ansvarar för att åtgärder vidtas i det korta perspektivet.

Vårdenhetschef handlägger riskbedömningen på avdelningen tillsammans med skyddsombud. Områdeschef/Verksamhetschef ansvarar för att riskbedömningarna kontinuerligt tas upp på Områdeskommittén. Som stöd vid riskbedömning ska "Riskbedömningsblankett inför överbeläggning" användas.

Riskbedömningsblankett vid överbeläggning

Vårdavdelning:	Datum	Ansvarig SSK/USK
Antal belagda vårdplatser efter inläggning	Tid när överbeläggning sker.	Skyddsombud <input type="checkbox"/> Ej tillgängligt

Riskbedömning förutom överbeläggningar i förhållande till disponibla vårdplatser

<input type="checkbox"/> Överträdelse av 80 cm regel.
<input type="checkbox"/> Bemanning
<input type="checkbox"/> Medicinsk säkerhet

Beskrivning av riskorsak:

Skattning av allvarlighetsgrad	Ingen/låg	Mellan	HÖG
Omvårdnadsbehov			
Medicinskvårbehov			
Stress/tidspress			
Patientsäkerhetsrisk			
Bemanning			
Smitta			

Beskrivning av överbeläggningorsak till exempel planerad/ akut inläggning:

Åtgärder i nuläget:

- Ingen åtgärd
- Omflyttning av patienter inom avdelningen
- Omflyttning av patienter till andra avdelningar/enheter
- Omfördelning av arbetsuppgifter
- Höja/ omfördela bemanning
- Vidta smittskyddsåtgärder
- Kontakta ansvarigbakjour för ytterligare medicinska beslut.

Beskrivning av utförda åtgärder:

Förslag till åtgärder:

Stöd vid bedömning:

Allvarlighetsgrad	Ingen/Låg	Mellan	Hög
Omvårdnadsbehov Risk för hårt patienttryck Behov av hjälp vid förflyttningar/ hjälp med ADL.	Huvuddelen av patienterna kan med stöd av hjälpmedel förflytta sig självständigt	Hälften av patienterna behöver hjälp med förflyttningar/ ADL.	Över hälften av patienterna behöver hjälp med förflyttningar/ ADL. Ensamarbete. Hög vårdtyngd.
Medicinskt vårdbehov Medicintekniska åtgärder. Behov av kontinuerlig övervakning. Infusioner	Få patienter med infusioner/ Behov av medicintekniska åtgärder eller övervakning.		Över hälften av patienterna har infusioner/ Behov av medicintekniska åtgärder eller övervakning
Stress/tidspress Matrast/reflektion Transporter/ patient/ läkemedel med mera.	Hinner ta rast (fika + matrast 30 min). Inga transporter.	Hinner ta matrast. Ingen reflektion eller fikapaus. Få transporter.	Hinner ej ta matrast/ paus. Många transporter. Övertidsarbete
Patientsäkerhetsrisk	Tagit del av journal/rapportering	Endast tagit del av ordinationsanteckning	Inläggning av pat med diagnoser som avd normalt ej hanterar
Bemanning Bemanningsmål/ antal patienter.	Adekvat bemanning	Låg bemanning i förhållande till situationen	Mycket låg bemanning i förhållande till antal patienter och/eller hög vårdtyngd.
Smitta T.ex. ESBL, MRSA, calici, clostridier, Covid, blödande blodsmittopatienter	Kan jobba enligt basala hygienrutiner.	Patienter med pågående smittorisk.	Flera patienter med pågående smittorisk eller kohortvård.

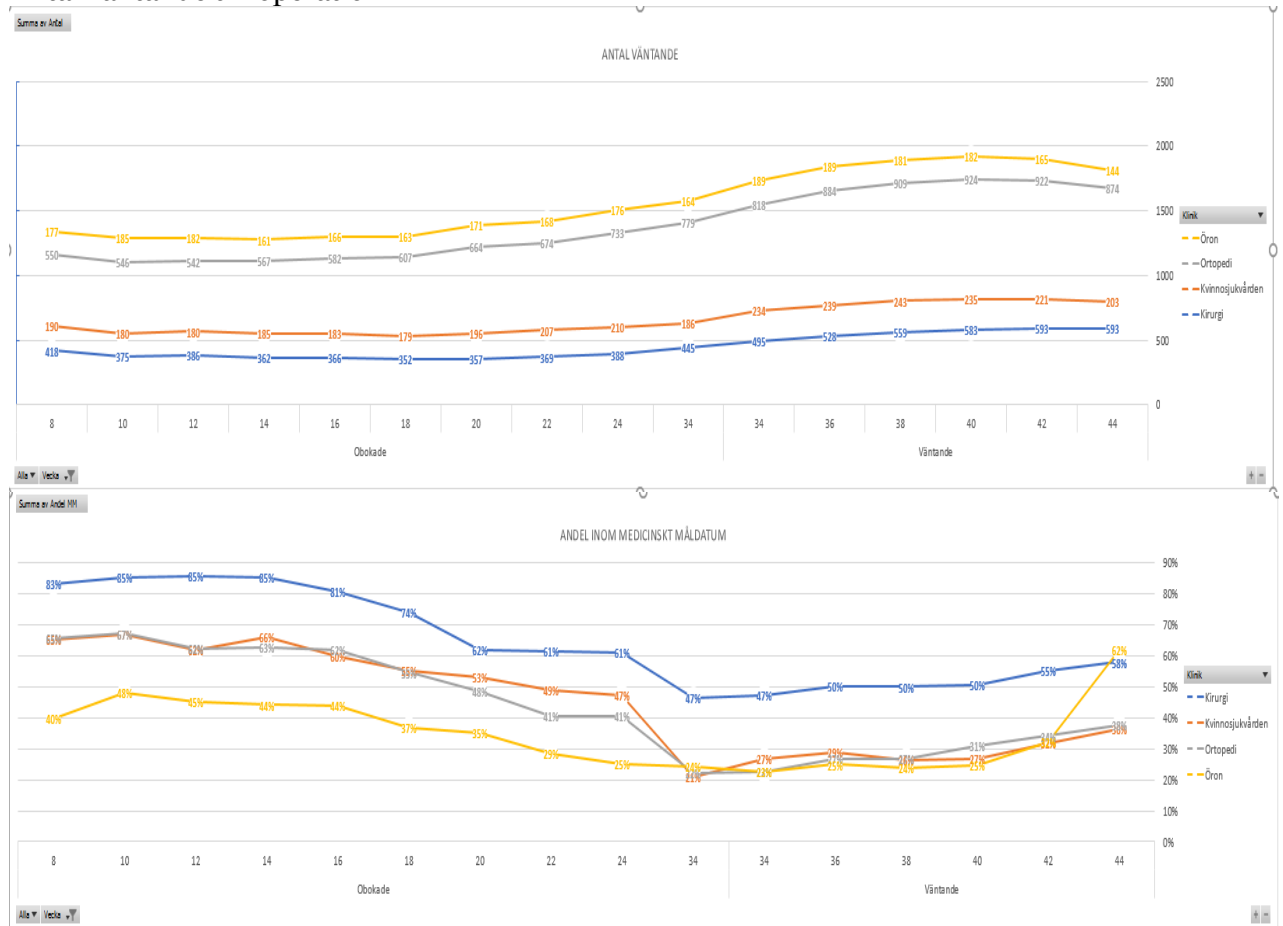
Bilaga 5

Uppgifter från ekonomienheten gällande vårdplatser 2020

Område/benämning	AKUT	An Op Iva	BUM	KIR	HIM	PSYK	HNR	KVINNA	BUV exkl Rett	ORTOPED
Tillsatta befattningar PK aug 20	204,96	173,78	101,07	198,36	253,59	245,57	214,59	107,3	131,75	158,34
Norm avdelning	0	5,95	2,68	1,45	1,45	2,15	1,45	2,32	0	1,41
Antal vårdplatser	0	7	16	56	56	34	59	28	0	42

Bilaga 6

Antal väntande till operation



Bilaga 7

Jämförelse IVA kategori II

Pia Iwars enhetschef Intensivvården Östersunds sjukhus, har samlat in uppgifter från sina chefskollegor runt om i Sverige tillsammans med data från Svenska Intensivvårdsregistret (SIR). Jämförelsen är gjord mellan intensivvårdsavdelningar kategori II, med data från 2019. Sammanställning är gjord med diagram och tabeller.

Pias arbete har kompletterats med bilder i jämförelse med lägsta och högsta från perioden okt/nov 2019 – okt/nov 2020, även detta från SIR.

Antal IVA platser

Fråga:	Östersund	Eskilstuna	Sundsvall	Sunderby	Halmstad	Jönköping
IVA platser vardag	7	8	6	6+2	7	7
Sommar	6	8	4	5	7	6
Helg	7	8	6	6+2	7	7
UVA natt/postop	Nej	v.b.	Nej	8 vpl	Må+ti	Må-to*
IMA	Nej	Ja*	Nej	Ja*	Nej*	Nej

*Jönköping har nattöppet UVA vardagar, ej helg och sommar.

*Eskilstuna (Mälarsjukhuset) har IMA 4 vårdplatser som organisatoriskt ligger under Akutkliniken.

*Sunderby har 5 IMA platser under Internmedicin, 3 öppna i nuläget.

*Halmstad planerar öppna IMA platser

*Blanka fält = ingen uppgift lämnad.

Fråga:	Falun	Gävle	Norrköping	Varberg	Nyköping	Kalmar
IVA platser vardag	8	6	6	6	4	7
Sommar	6		4 - 5	6	3	
Helg	8		6	6	4	
UVA natt/postop	Må-to		Nej	Nej	Nej	Må-to
IMA	Nej	Nej	2	Nej	3*	Nej

*Nyköping 3 IMA platser på IVA, under sommar 2 IMA platser öppna

Bemanning vardagar

Fråga:	Östersund	Eskilstuna	Sundsvall	Sunderby	Halmstad	Jönköping
Ssk fm vardag	5*	6	4	7	5	6*
Usk/fm vardag	4*	6	5	4	3	5*
Ssk em vardag	4	5	4	6	4	5
Usk em vardag	3	5	5	4	3	4
Ssk natt vardag	4	4 - 5	3	6	4	5
Usk natt vardag	3	5	5	4	3	4

*Inklusive koordinator

*Jönköping usk fm är inklusive utetur

Fråga:	Falun	Gävle	Norrköping	Varberg	Nyköping	Kalmar
Ssk fm vardag	6*		5*	4*	4	4
Usk/fm vardag	5 - 6*		6	3	5	5
Ssk em vardag	5		5	4	4	4
Usk em vardag	5 - 6		6	3	5	4
Ssk natt vardag	4 - 5		4	4	4	3
Usk natt vardag	5 - 6		6	3	4	4

*Inklusive koordinator

Bemanning helger

Fråga:	Östersund	Eskilstuna	Sundsvall	Sunderby	Halmstad	Jönköping
Ssk fm helg	4	5	3	6	4	5
Usk fm helg	3	5	5	4	3	4
Ssk em helg	4	5	3	6	4	5
Usk em helg	3	5	5	4	3	4
Ssk natt helg	4	4 - 5	3	6	4	5
Usk natt helg	3	5	5	4	3	4

Fråga:	Falun	Gävle	Norrköping	Varberg	Nyköping	Kalmar
Ssk fm vardag	5		5	4	3 - 4	4
Usk/fm vardag	5 - 6		6	3	4	5
Ssk em vardag	5		5	4	3 - 4	4
Usk em vardag	5 - 6		6	3	4	4
Ssk natt vardag	4 - 5		4	4	3 - 4	3
Usk natt vardag	5 - 6		6	3	3	5

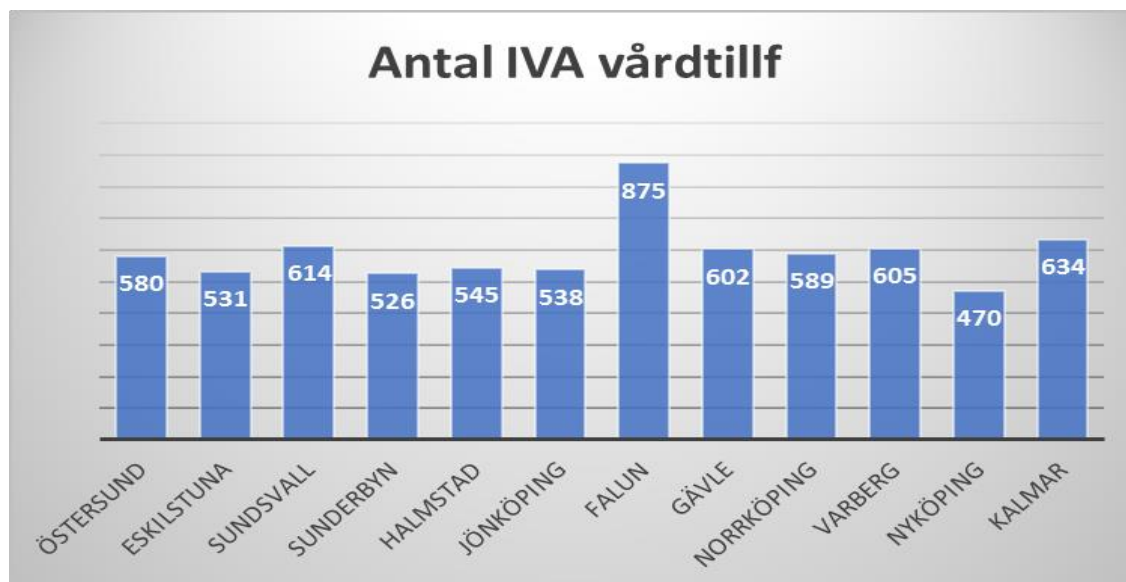
*blankt fält = saknas uppgifter

Extra information

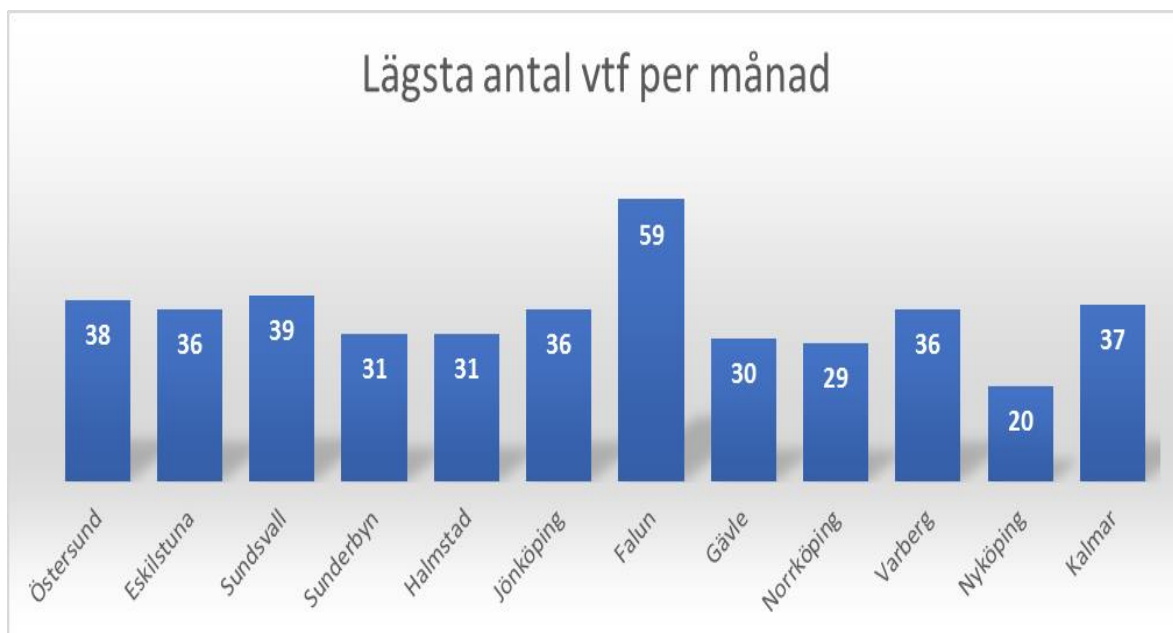
Extra uppgifter	Östersund	Eskilstuna	Sundsvall	Sunderbyn	Halmstad	Jönköping	Falun	Gävle	Norrköping	Varberg	Nyköping	Kalmar
Traumalarm	Ja trauma 1	Ja trauma 1	Ja	Ja Trauma 1	Ja		ja		jourtid		nej	
Hjärtlarm	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	nej				ja	
MIG	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	inte nu	nej		Ja	ja	nej	
Barnlarm	nej	Nej	Ja		Nej		nej					
Stickhjälp	Ja	Nej	På IVA	Ja Trauma 1	Ja	urtid om an ej ka	ja		ja		ja	
Antal EC	1	1+2bitr	2	2	1+1bitr	2	1+2 bitr		2	2	1+1bitr	
Sjukgymnast	25%		100%	50%	dagl även helg vb	75%	100%		175%			
Bemanningsass											50%	
EDA												
CVK												
PIG					1 sekt led					Ja		
* blanka fält saknas uppgifter												

Nedan följer diagram med statistik/siffror från SIR 2019 som första bild. Ett antal bilder har sedan två efterföljande bilder på siffror från november 2019 till oktober 2020. De visar siffror den månad med lägsta värde samt månad med högsta värde. Att Corona påverkat IVA-värden syns tydligt.

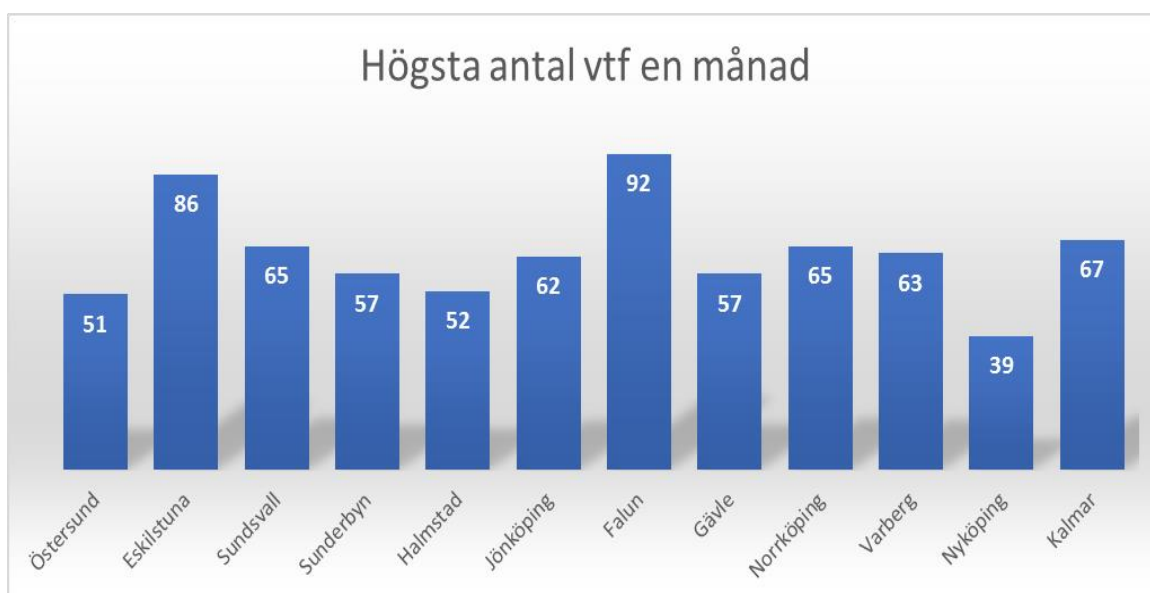
Antal vårdtillfällen 2019



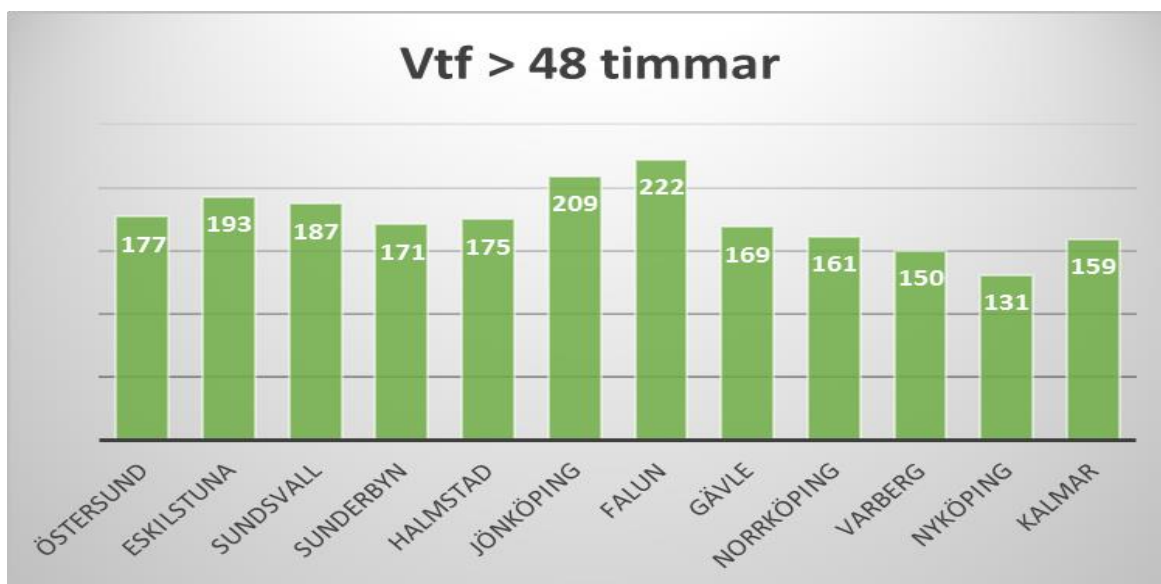
Data nov 2019 - okt 2020



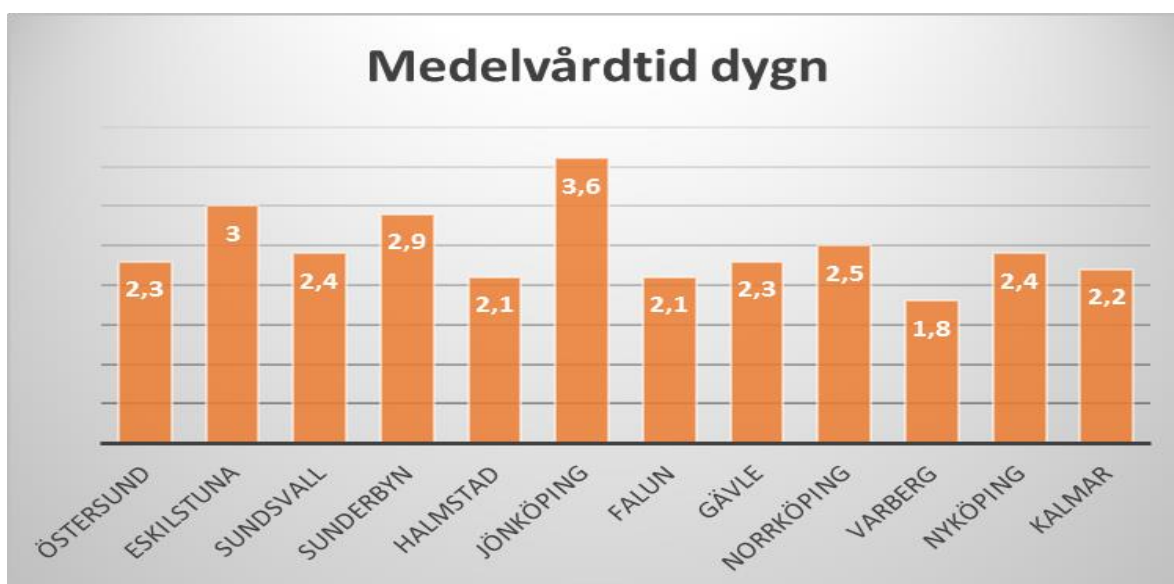
Data nov 2019 - okt 2020



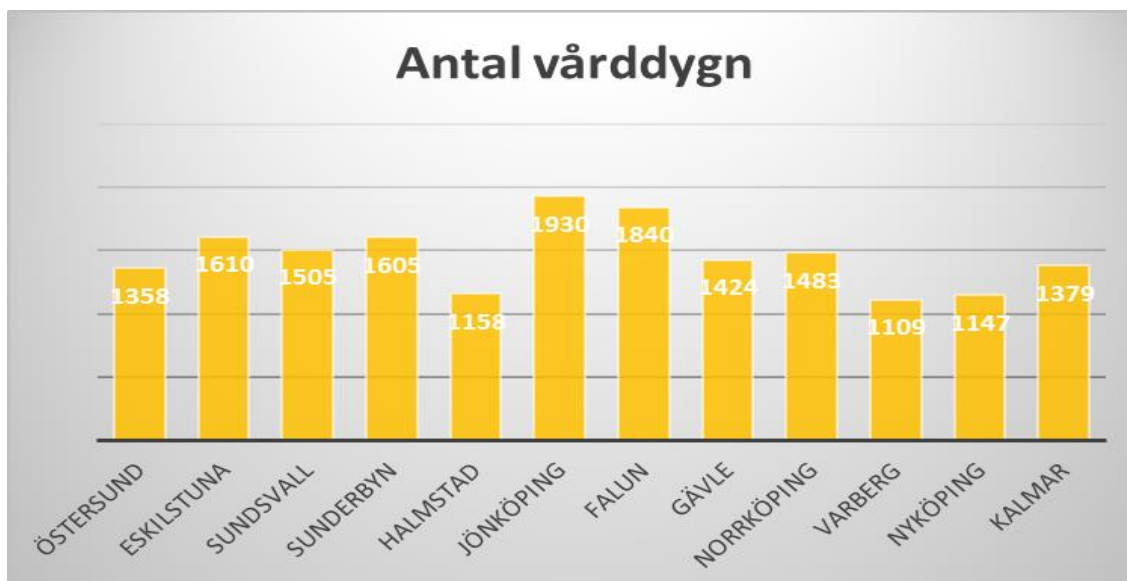
Antal vårdtillfällen över 48 timmar 2019



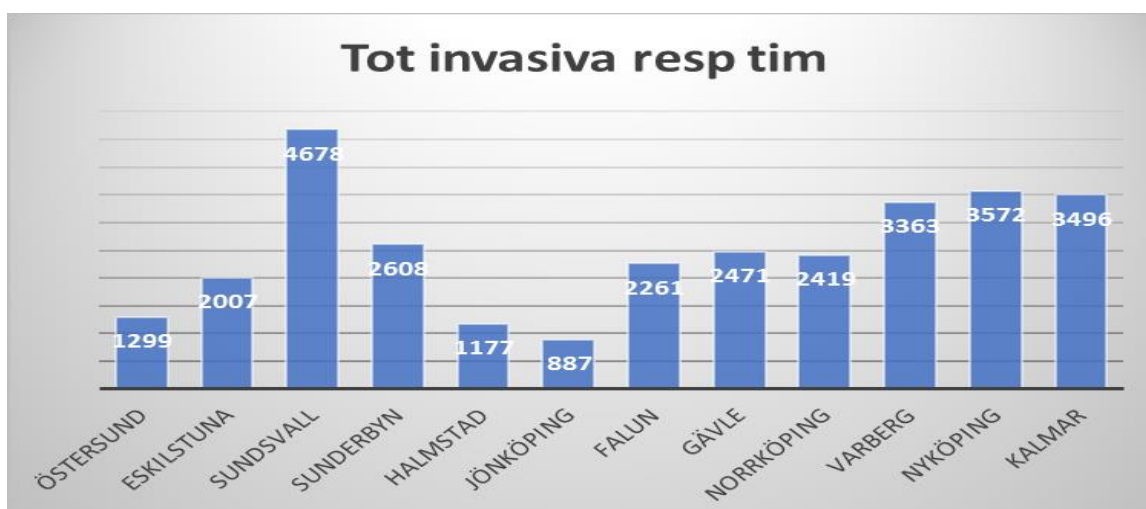
Medelvårdtid i dygn 2019



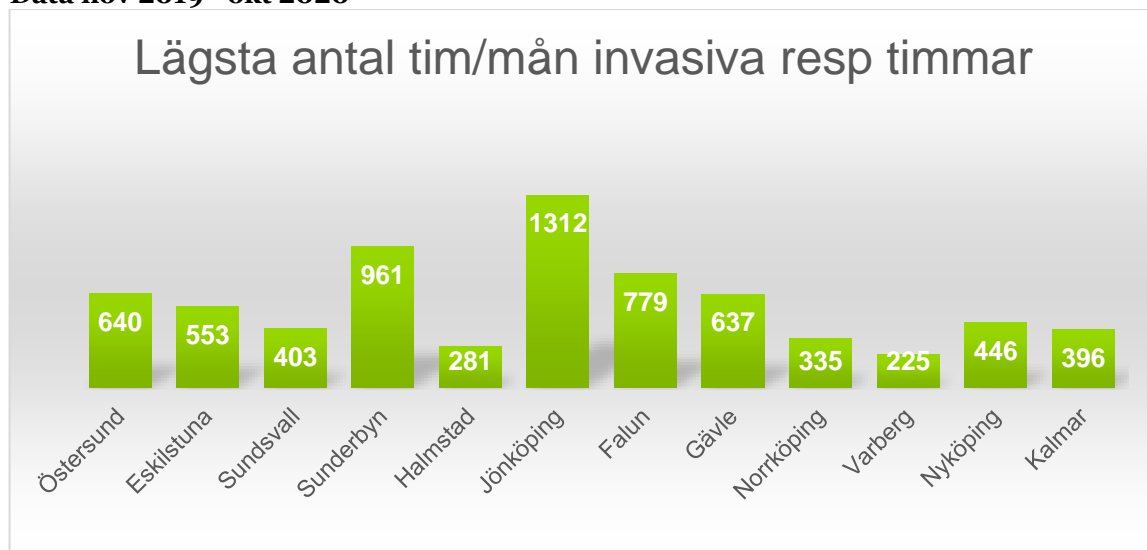
Antal vårddyggn 2019



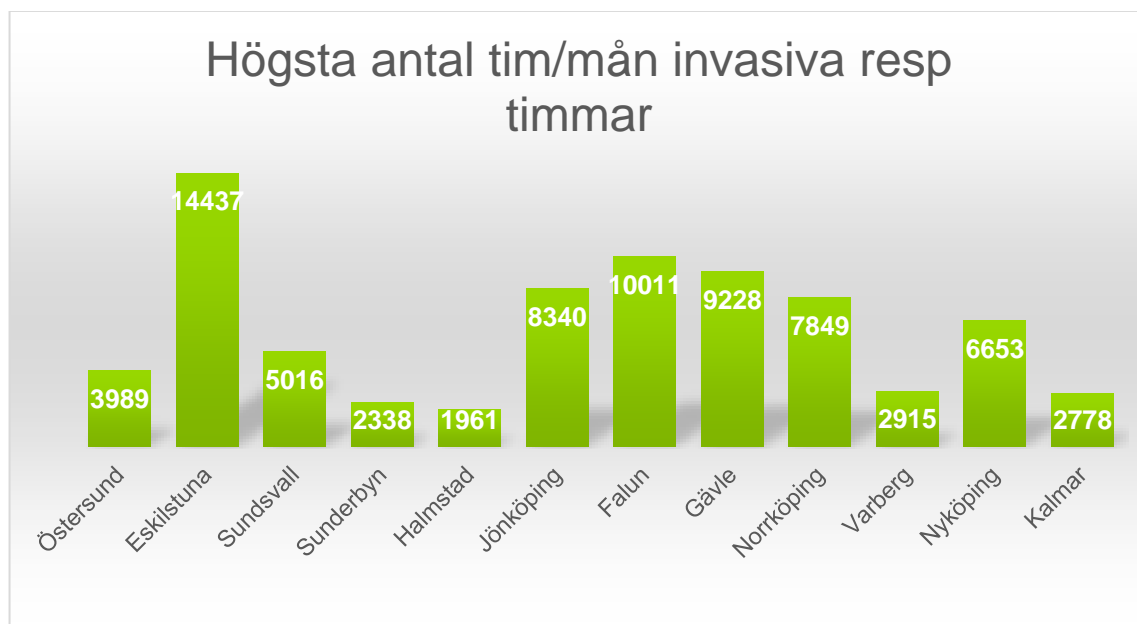
Totalt antal invasiva respiratortimmar 2019



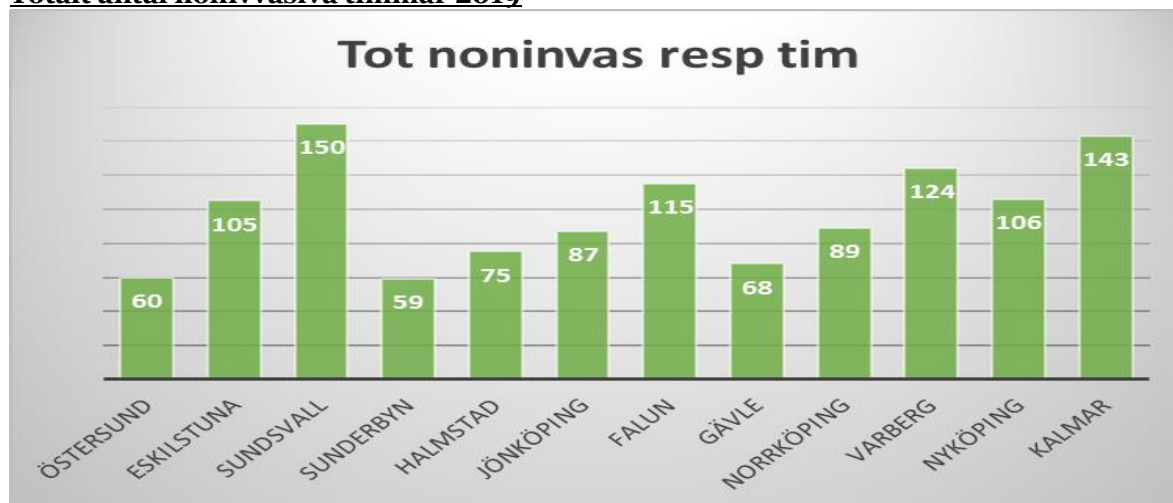
Data nov 2019 - okt 2020



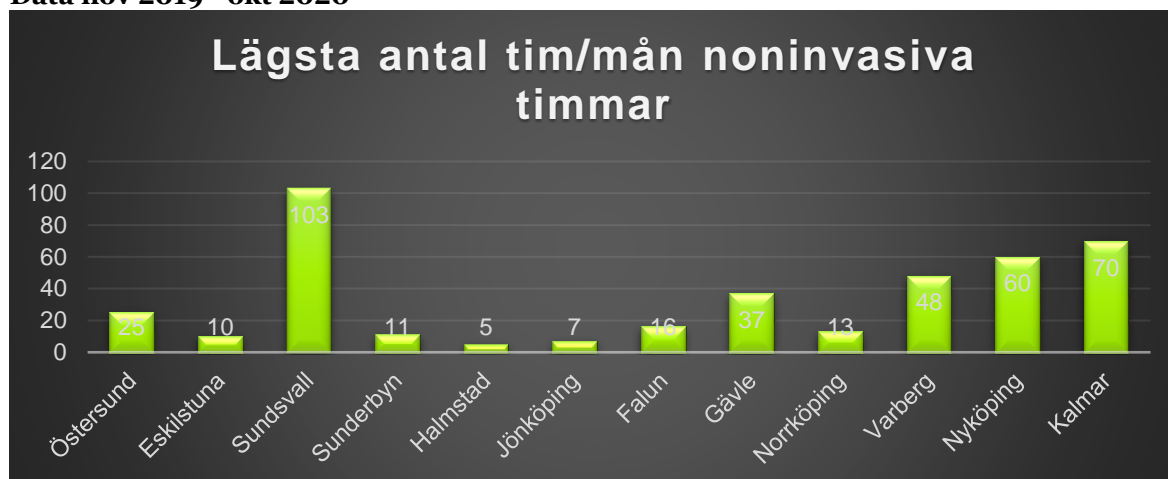
Data nov 2019 - okt 2020



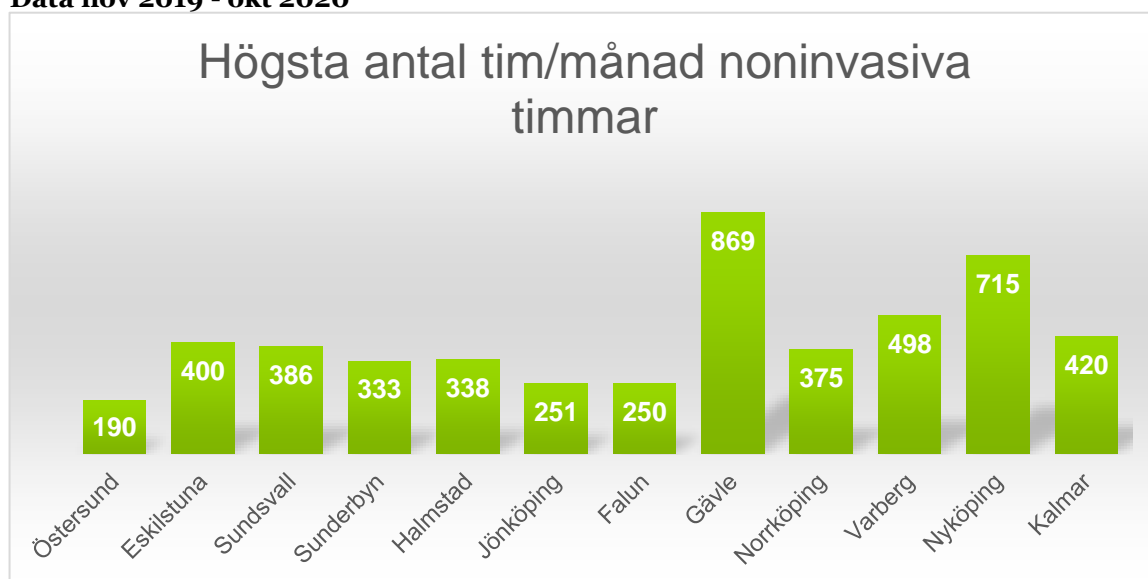
Totalt antal noninvasiva timmar 2019



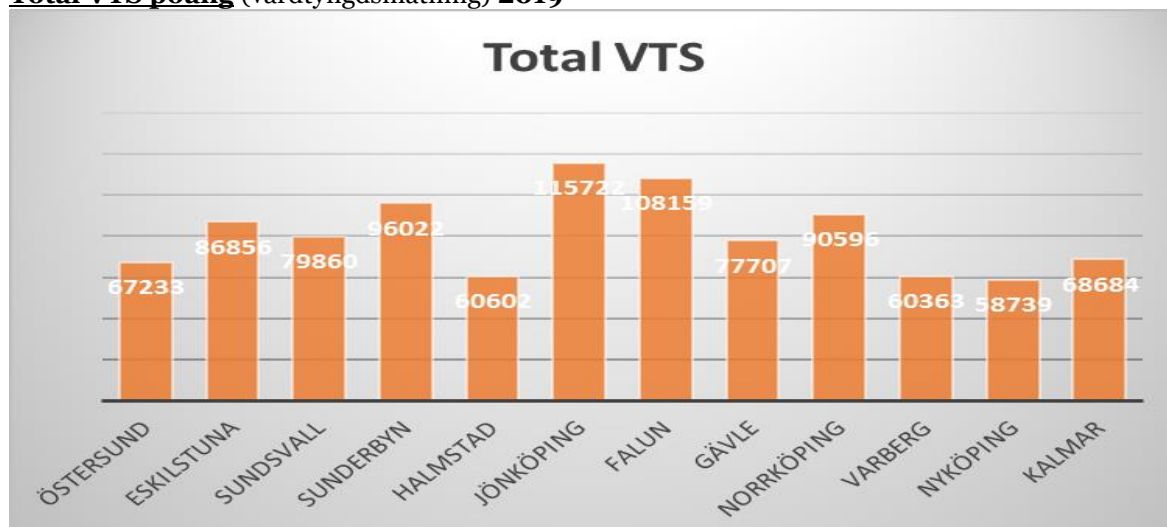
Data nov 2019 - okt 2020



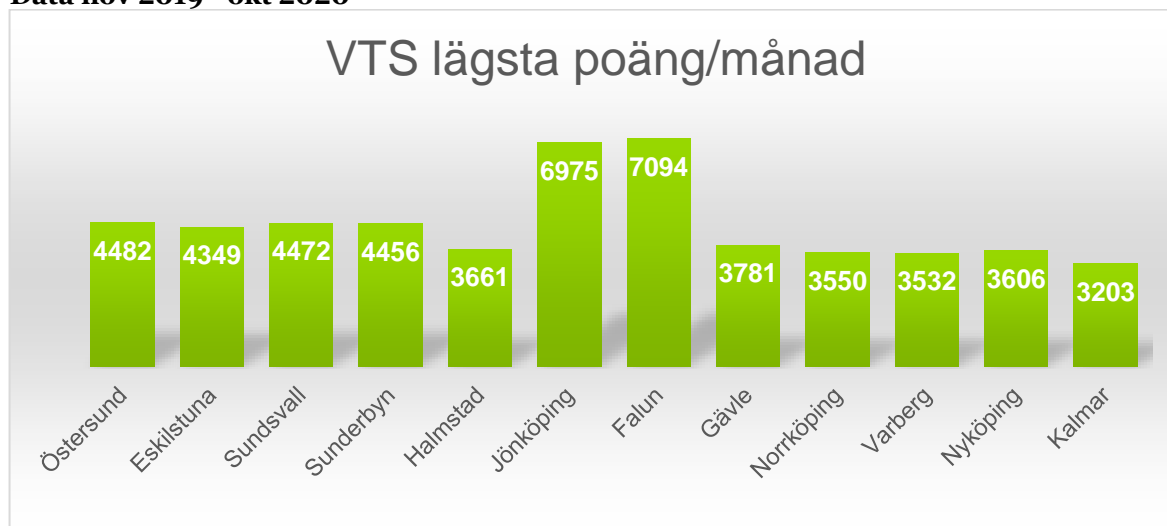
Data nov 2019 - okt 2020



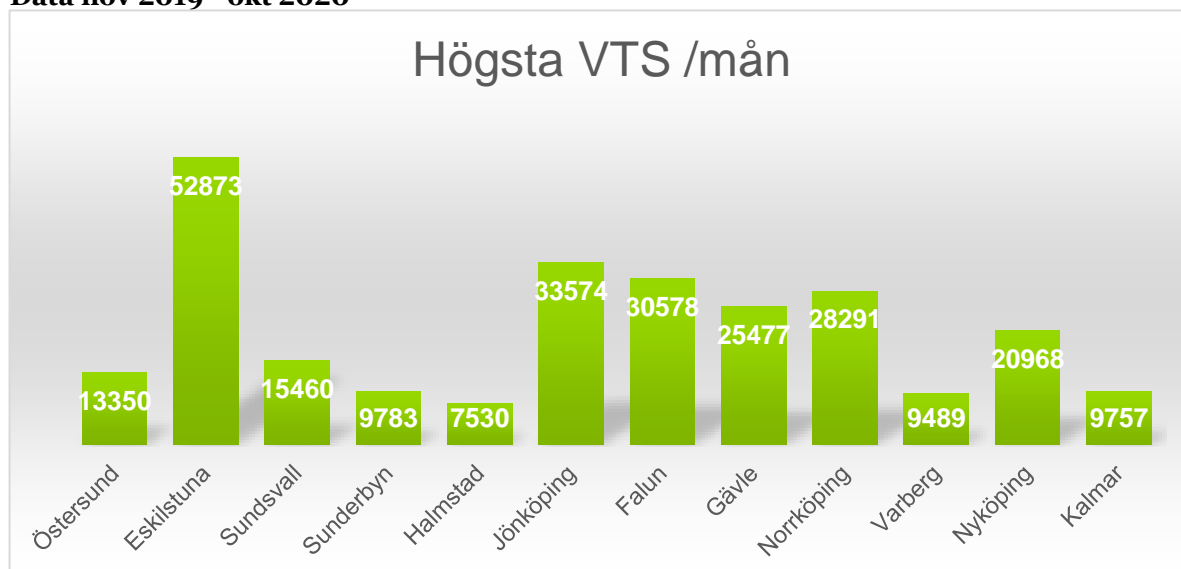
Total VTS poäng (vårdtyngdsmätning) 2019



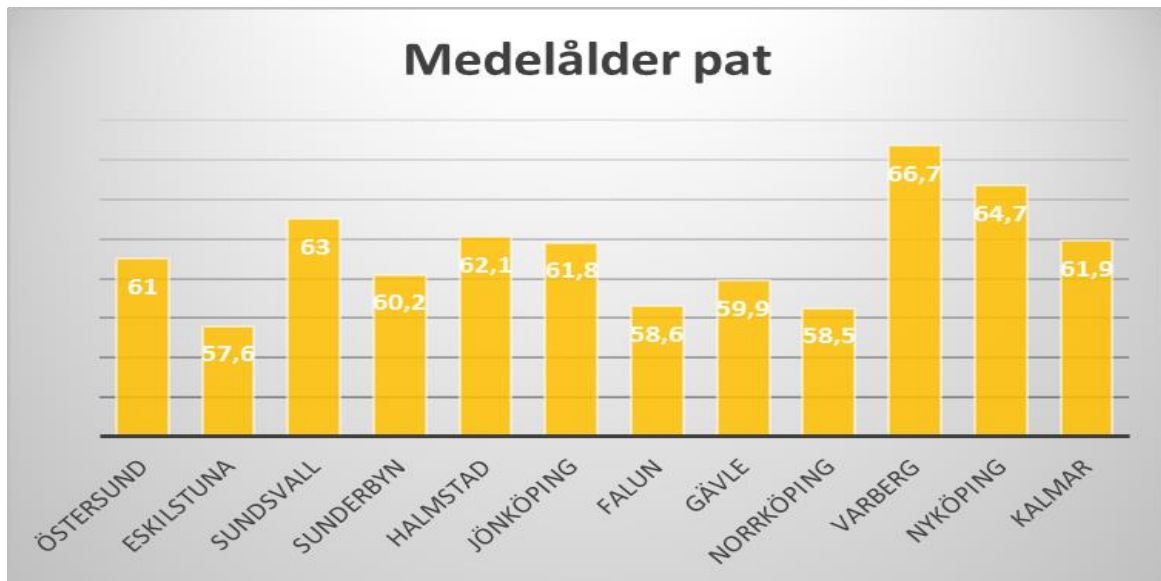
Data nov 2019 - okt 2020



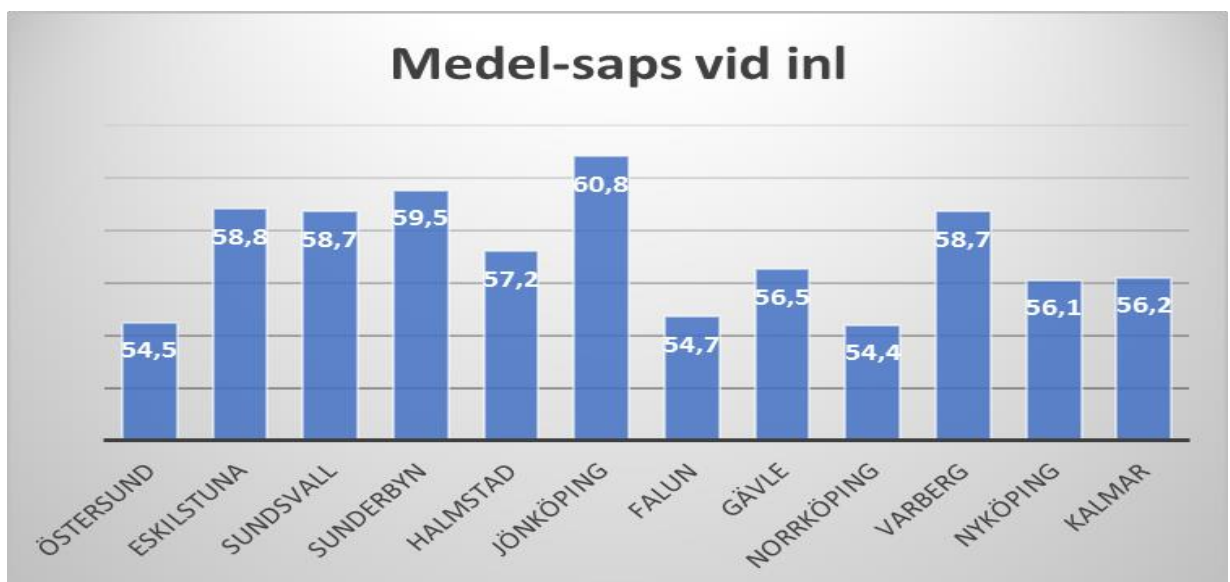
Data nov 2019 - okt 2020



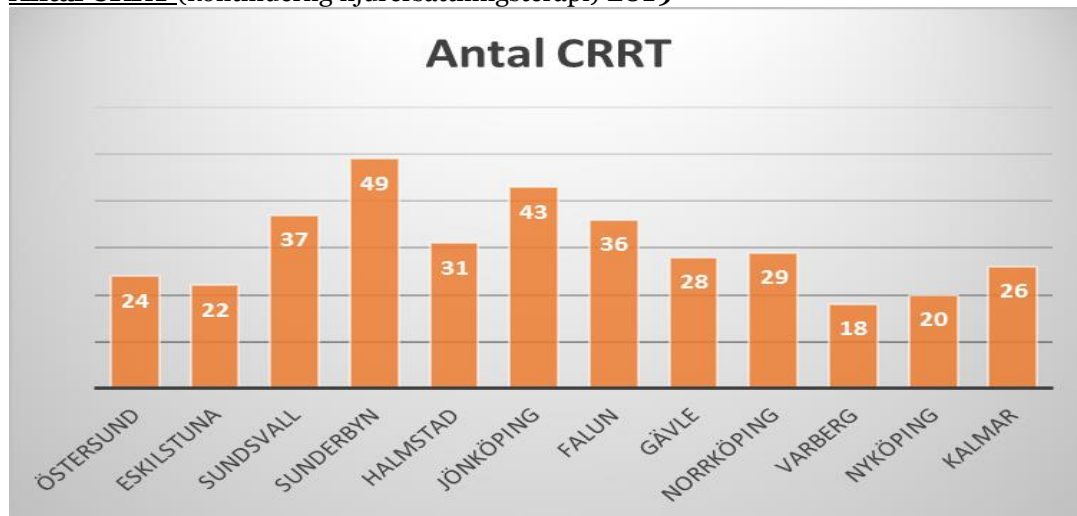
Medelålder för patienter på IVA 2019



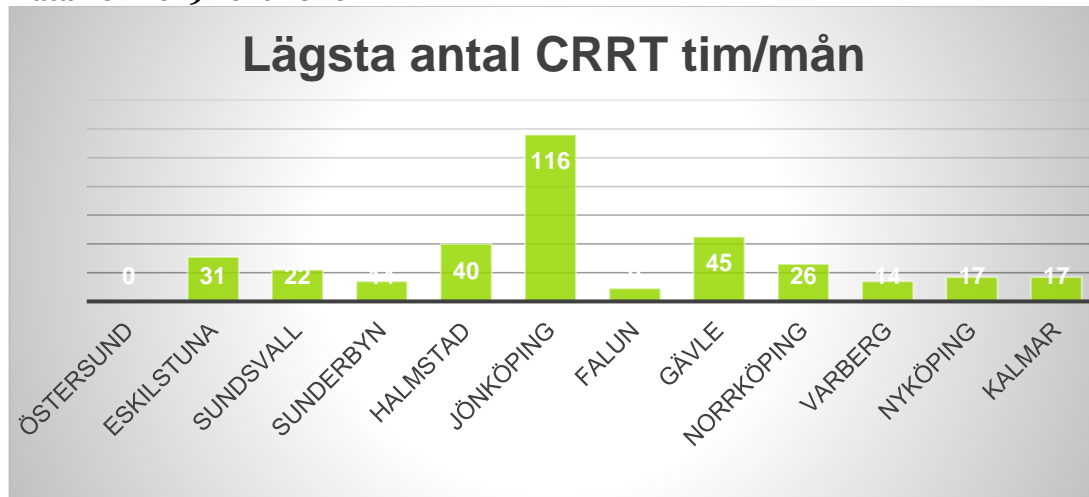
Medel-saps vid inläggning på IVA (riskjustering) 2019



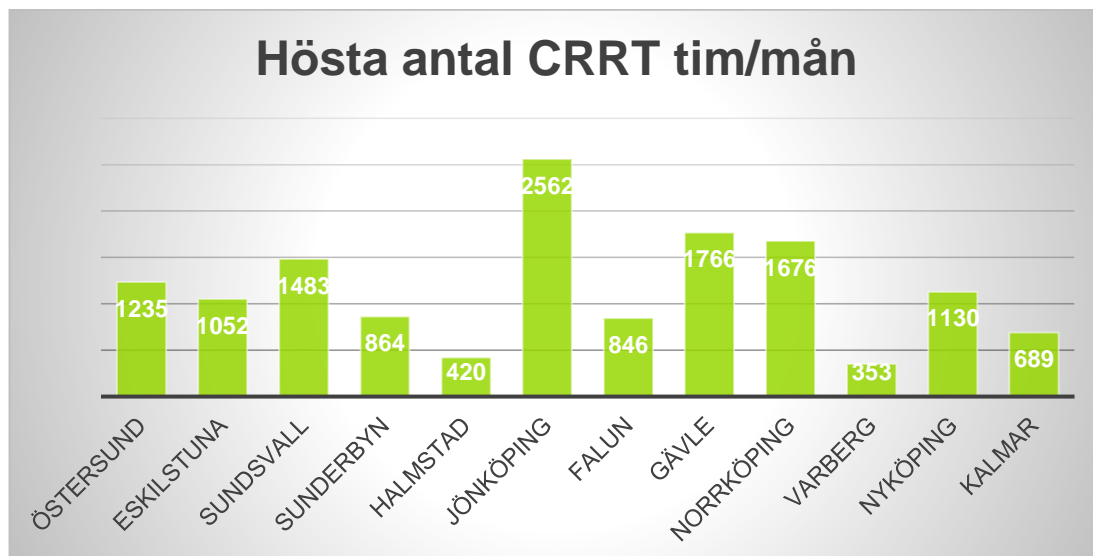
Antal CRRT (kontinuerlig njurersättningsterapi) 2019



Data nov 2019 - okt 2020



Data nov 2019 - okt 2020



Data i rapporten är framtagna från:

- Vården i siffror
- Vårdtillfällesdatabasen
- Patientregistret
- Öppna jämförelser
- Nysam
- Kolada
- SKR
- Socialstyrelsen
- SIR
- Prodiver
- Cosmic beläggningsöversikt, enhetsöversikt
- Cosmic Akutliggare

Rapporter omvärld

- Revisionsrapport, *Styrning och dimensionering av antalet vårdplatser*, Norrbottens läns landsting, 2014
- Rapport, *Landstingets styrning av bemanning och personalkostnader*, Västerbotten, 2016
- *Översyn och kartläggning av Region Norrbottens sjukvårdssystem*, Delrapport 3 – Vårdplatser, 2020
- *Hälso- och sjukvårdsrapporten, SKR, 2020*
- *Pandemin och hälso- och sjukvården, läget och utvecklingen i Hälso- och sjukvården med anledning av Covid-19, SKR, 2020*
- *Kostnadsreducerade åtgärder inom specialistvården*, Förvaltningschefens förslag till handlingsplan, Region Västernorrland, 2020
- *Översyn av antal fastställda vårdplatser i Region Västernorrland, 2020*
- *Öppna jämförelser 2020, Sex frågor om vården, övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat, 2020*

Region JH – rapporter

- *Slutenvårdsbemanning vid Östersunds sjukhus, 2018*
- *Omräknad bemanningsnorm, somatisk slutenvård inför 2020, 2019*
- *Vad är Intermediärvård? 2019*
- *Sammanställning utökat MIG-uppdrag, 2019*
- *Projekt MIG-uppdrag, 2019*
- *Presentation av granskning av röda NEWS-pat, 2019*
- *MIG-fakta, 2018*
- *Granskning av röda NEWS-pat på Östersunds sjukhus våren 2017*
- *Behövs Intermediärvård? 2019*
- *Intermediärvårdsavdelning, 2009*
- *Uppdrag dimensionering av vårdplatser JLL, 2009*
- *Vårdplatsutredning 2009*
- *Vårdplatsutredning 2009 – fortsättningsuppdrag, 2009*
- *Förstudie – Patientsäkert och kostnadseffektivt vårdplatsutnyttjande, 2012*

- *Svar på revisorernas granskning av vårdplatsutnyttjande, 2012*
- *Prioriterade områden utifrån förstudien, Patientsäkert och kostnadseffektivt vårdplatsutnyttjande, 2013*
- *OBS-platsprojekt mål 1, kartlägga förutsättningar för öppethållande under sommaren, 2013*
- *Etapp 2 – Långa vårdtider, 2013*
- *Slutrapport från vårdplatsutredningen, 2013*
- *Vårdplatsbehov plan 4 IVA/UVA, 2014*
- *Analys ofinansierade behov plan 4, samt neuro/stroke, 2017*