

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen  
Ingela Jönsson  
Tfn: 063-14 77 62  
E-post: [ingela.jonsson@regionjh.se](mailto:ingela.jonsson@regionjh.se)

2018-01-16 RS/785/2017  
Beslutad av regionfullmäktige  
2018-02-13--14 § 30

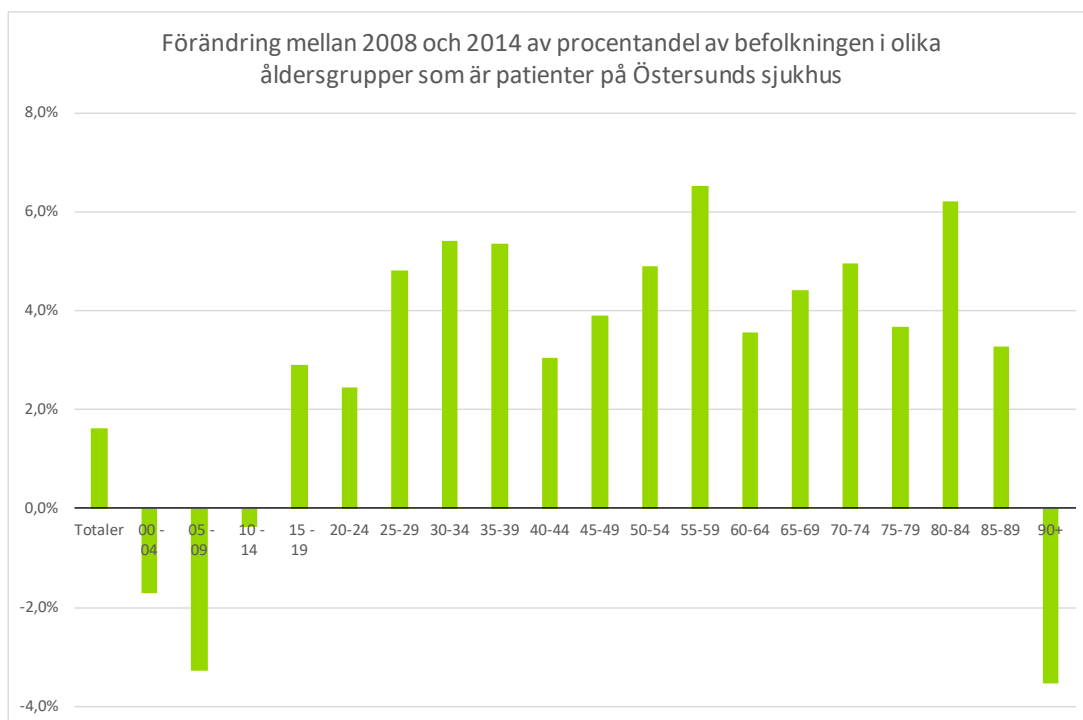
## 180116 Åtgärdsförslag utifrån fördjupad analys baserad på SKLs analys

### Bakgrund och lärdomar

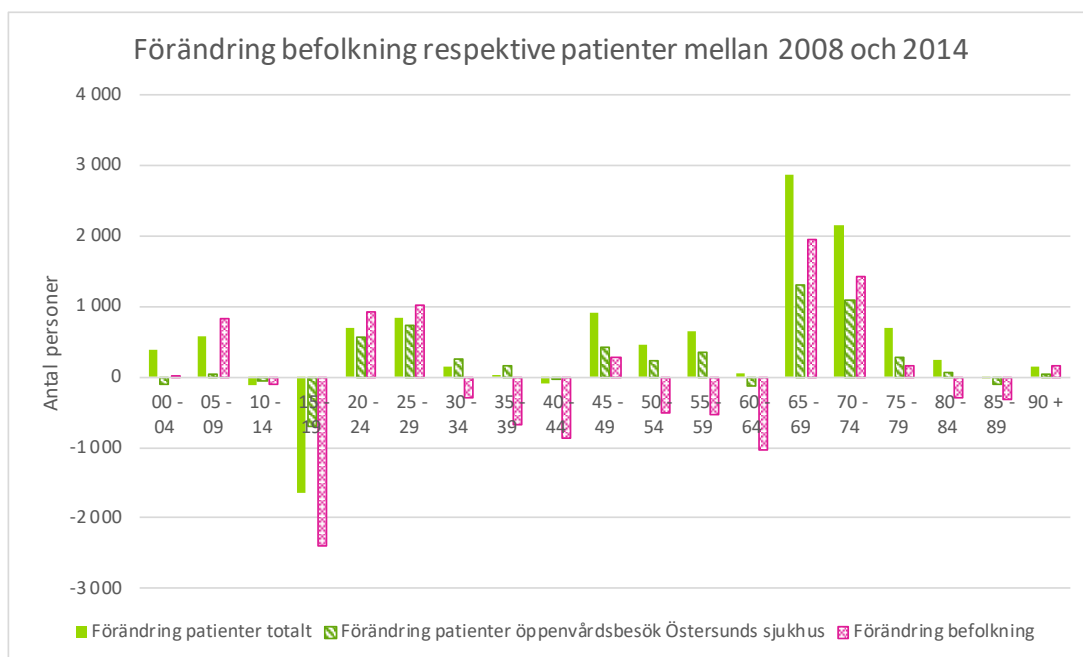
Med utgångspunkt från den analys som SKL presenterade i juni 2017, gjordes hösten 2017 en fördjupad analys av sjukvården på Östersunds sjukhus. Utifrån beslutet i styrelsen i augusti att fokusera fördjupningen på verksamheten på Östersunds sjukhus, som haft en hög nettokostnadsutveckling jämfört med andra landsting, ombads områdena att besvara ett antal frågor. Syftet var att beskriva utvecklingen av verksamheten det senaste decenniet och de faktorer som drivit på kostnadsutvecklingen.

En sammanfattning av svaren samt kompletterande statistik visar följande:

- **En förflyttning från slutenvård mot öppenvård.** Det innebär att vårdplatserna blivit färre – minskat med 72 stycken mellan 2008 och 2017 - samtidigt som medelvårdtiden blivit kortare, vilket resulterat i en minskning av antalet vårddygn.
- **Öppenvårdsbesöken inklusive dagvård har samtidigt ökat kraftigt,** läkarbesöken med i snitt 2,2 procent per år. Att behandling som tidigare utförts i slutenvård nu utförs som dagvård är en förklaring. Utvecklingen har klarats genom en ökning av arbetade timmar både med egen och inhyrd personal.



- Ökningen går att dela upp i två delar:
  1. **En allt större andel av befolkningen har blivit patienter i Region Jämtland Härjedalen.** Procentandelen av befolkningen som är patienter i öppenvården på Östersunds sjukhus har blivit större i alla åldersgrupper, utom i gruppen yngre än 15 år. Totalt för hela befolkningen i länet har andelen ökat med 1,6 procentandelar. Enligt svaren från områdena på Östersunds sjukhus beror detta bl a på större ohälsa och fler behandlingsmöjligheter som följd av utvecklingen på det medicintekniska området.



Vid en analys av förändringen av befolkningen i olika åldersgrupper och förändringen av antal patienter i öppenvården totalt (inkl primärvården) respektive öppenvården på Östersunds sjukhus framkommer en del intressanta skillnader:

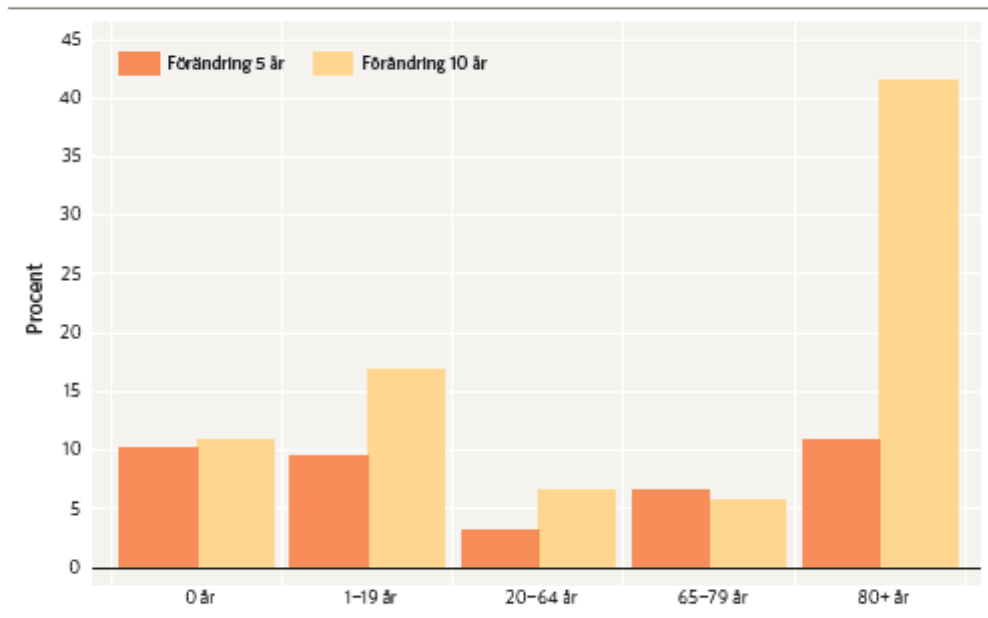
- a. Patienterna har blivit fler samtidigt som befolkningen minskat i vissa åldersgrupper, t ex mellan 30 och 39 år och 50 och 59 år.
  - b. I gruppen 20-39 år har det mesta av ökningen av patienter skett inom den specialiserade vården, vilket visas genom att de mörkgröna streckade staplarna är nästan lika höga som de ljusgröna som visar den totala ökningen av patienter inklusive primärvården.
  - c. Mellan 30 och 44 år är de mörkgröna streckade staplarna t o m högre vilket innebär att patienterna i specialistvården blivit fler samtidigt som de blivit färre i primärvården. Både när det gäller gruppen 20 – 39 år och 30 – 44 år är detta av intresse eftersom dessa grupper tillhör de åldersgrupper som i allmänhet har hög it-mognad. De kan därför vara en lämplig grupp att börja med, när vården ska förändras med hjälp av digital teknik.
  - d. När det däremot gäller de högre åldersgrupperna 65- 79 år blir det tydligt att primärvården där tagit hand om en stor del av ökningen eftersom de ljusgröna prickade staplarna är betydligt högre än de mörkgröna streckade.
2. **Antalet besök per patient har ökat över tid.** Detta förklaras både med att nya nationella behandlingsriktlinjer föreskriver mer uppföljning och kontroll per patient och att effektivare behandlingsmetoder leder till att fler överlever och då blir patienter för resten av sin livstid. Det gäller t ex de sjukdomsgrupper som utgör de största andelarna av dödsorsaker – hjärt- kärlsjukdomar och cancersjukdomar.
- **Antalet operationer i slutenvård på länsinvånare per 100 tusen invånare har ökat mest i landet i Jämtlands län.** Dessa siffror inkluderar både operationer på Östersunds sjukhus och på sjukhus i andra län. Ökningen av riks- och regionvården har varit stor med undantag av de senaste två åren.
  - **Andelen ytterfall är hög och har ökat kraftigt de senaste åren.** En djupare analys baserad på stickprovvis journalgranskning ska göras för att utröna möjliga orsaker till den höga andelen.
  - Utifrån **kostnader för vårdepisoder mätt som KPP har Östersunds sjukhus för vissa diagnosgrupper en förhållandevis dyr vård.** Fördjupade jämförelser planeras göras med annat landsting.

## Slutsatser inför framtiden

Enligt prognoser från SKL kommer gruppen över 80 år att öka mycket kraftigt under kommande år. För Jämtlands län innebär det ca 1000 fler invånare över 80 år om fem år och 3000 över 80 år om tio år. År 2014 var 99,27 procent av dessa patienter inom hälso- och sjukvården och i snitt gjorde var och en av dem nästan 6 läkarbesök på ett år och dessutom ca 8 besök till annan vårdpersonal. Om ytterligare 3000 invånare över 80 år blir patienter, och besöksfrekvensen ökar i samma takt som mellan 2008 och 2014, leder det till 20 000 fler läkarbesök om tio år (+ 5 procent), samt 32 000 fler besök till annan vårdpersonal (+ 5

procent). Med samma sätt att bedriva vård som nu, skulle då ännu fler läkare och annan vårdpersonal behöva anställas.

Diagram 1 • Procentuell utveckling för olika åldersgrupper på fem och tio års sikt  
Procent



Källa: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Samtidigt ökar den yrkesverksamma delen av befolkningen i betydligt långsammare takt. Även andra verksamheter än hälso- och sjukvården kommer att behöva mer personal, inte minst utbildningssektorn och kommunernas äldreomsorg. Det handlar alltså inte bara om att det saknas pengar, utan det blir troligen inte ens möjligt att få tag på så mycket personal som krävs för nuvarande sätt att bedriva vård. Det är därför helt avgörande att rådande utveckling, med fler och fler besök per patient bryts. Ökat vårdbehov måste mötas på andra sätt.

*Rätt Använd Kompetens (RAK)* innebär att arbetsuppgifter flyttas från t ex sjuksköterskor till undersköterskor och bygger på att de som tar över uppgifter successivt ökar sin kompetens. Tankesättet går även att tillämpa ytterligare ett steg – mot patienten. Om patienterna blir allt fler och personalen inte kan utökas, måste de patienter som har sådan förmåga ta ett större ansvar och med hjälp av kunskap och teknikstöd ges möjlighet till mer egenvård. Det kan t ex handla om självmonitorering av kroniska sjukdomar, använda appar mm. Regionen har redan i viss omfattning börjat använda it-teknik som stöder egenvård inom psykiatri. På liknande sätt som skett i t ex bankvärlden skulle patienterna kunna ta hand om mer registreringar, såsom bokningar, mätvärden mm. Mer teknikstöd för personalen i form av t ex artificiell intelligens förutses komma framöver, men utvecklingen är ännu i sin linda. Det är därför viktigt att regionen även fortsättningsvis aktivt bevakar utvecklingen när det gäller it-teknik som stöder egenvård och som kan användas för att avlasta personalen, så att de får mer tid för direkt patientarbete.

En betydande andel av de sjukdomstillstånd som hanteras på sjukhuset hänger ihop med livsstilsfaktorer. Detta är ett viktigt område att arbeta med, men är inte föremål för denna åtgärdsplan.

**Åtgärderna som beskrivs i resten av detta dokument syftar i första hand till att ge större effekter på regionens kostnads massa, men även på att bryta den utveckling med allt fler besök per patient som beskrivits här i inledningen.**

## Beskrivning av föreslagna åtgärds paket

De idéer till åtgärder som blev resultatet av workshopen med områdescheferna den 29 november bearbetades och utformades till mer genomarbetade förslag av den lokala arbetsgruppen. I nästa steg stämdes dessa förslag av och kompletterades vid ett möte med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp den 14 december och de sex åtgärds paketen redovisades för Regionstyrelsen och ytterligare politiker 15 december.

Förslagen återges med

- Beskrivning
- Bedömd ekonomisk effekt (i de fall sådan rimligen kan bedömas)– helår respektive 2018
- Måltidpunkt – när förändringen är genomförd
- Uppföljning – förslag på hur uppföljning ska kunna ske

## Åtgärder och tidplan

### 1. Nära vård i samverkan

Primärvården och Akutområdet/ambulansverksamheten förändrar arbetssätt med inspiration från modellen *Hemsjukhus*, som landstinget i Kalmar län arbetar enligt.

Modellen bygger på en utökad samverkan mellan hälsocentral, kommunal hemsjukvård, ambulanspersonal och specialistvården. Exempelvis handlar det om att

- tillämpa ett gemensamt bedömningssystem för prioritering av vårdnivå
- ambulans kan göra mer på plats med mer teknik/utrustning i ambulansen
- ambulansen ges ett utökat läkarstöd
- den kommunala hemsjukvården ges ett utökat läkarstöd, exempelvis genom hembesök eller läkarbesök på distans via distansöverbyggande teknik
- fast läkare utses till de som mest behöver det
- tillgängligheten till hälsocentralen ökas, alla ska kunna få en medicinsk bedömning samma dag
- prehospital övervakning möjliggörs

Konkret har det i Kalmar län fungerat så att, om exempelvis en ambulanssjuksköterska bedömer en patient ”grön” enligt Retts under jourtid, kan ambulanssjuksköterskan boka en kontakt med patientens hälsocentral nästa dag istället för att transportera in patienten till sjukhuset. Varje läkare har en reserverad tid varje dag för sådana besök, då möjlighet finns till att göra hembesök hos patienten.

Varje dag följer patientansvarig läkare upp sina listade patienter och ser vilka som lagts in på sjukhus. För de av patienterna som detta är aktuellt kontaktar läkaren sedan ansvarig läkare på berörd vårdavdelning för att informera och bli informerad. Resultatet av det här

arbets sättet blir att man säkerställer att den planering som finns för en i primärvården känd patient tas tillvara på sjukhuset.

Vårdplaneringen på sjukhuset i samband med hemgång underlättas också eftersom den redan påbörjats vid inläggning. Det bör minska risken för att färdigbehandlade patienter blir kvar på vårdavdelningen på grund av allt inte är klart från vårdavdelningens sida och ger kommunen tid att planera för ev insatser i hemmet eller annat boende.

Risken undviks också för att åtgärder vidtas på sjukhuset som inte är i linje med planeringen i primärvården. Insatser från sjukhuset som är planerade till senare tillfälle (även på annan klinik/enhet) kan eventuellt istället utföras i samband med sjukhusvistelsen för att underlätta för patienten och undvika onödiga resor.

I Kalmar finns även tanken att i framtiden "ronda" patienter före helg för att tidigt kunna identifiera brister som kan komma att kräva behandling under helgen.

I Region Jämtland Härjedalens verksamheter tänker man även dra nytta av den utveckling av distansteknik som skett och pågår för att anpassa modellen efter situationen i Jämtlands län. Modellen planeras att prövas i mindre skala till att börja med. Arbetet ska samordnas med det pågående prehospitla projektet.

Målsättningen i Kalmar län är att halvera vårddagarna inom två år för patienter från det upptagningsområde där man arbetar efter modellen. Målet för minskning av vårddagar i länet kommer att tas fram i samband med införandet.

Måltidpunkt:

**Införs under 2018**

Ekonomiska konsekvenser:

**Denna åtgärd ska ses som en förutsättning för minskade kostnader som resultat av andra föreslagna åtgärder. Se 2 och 4.**

Uppföljning:

- För patienter i de upptagningsområden som berörs av åtgärden:
  - Färre besök på akuten
  - Färre ambulansresor in till sjukhuset
  - Färre oplanerade återinskrivningar
  - Eventuella kostnadsminskningar till följd av ovanstående punkter

## 2. Ny struktur för vårdplatser – behov av inhyrda sjuksköterskor upphör

Först är det viktigt att poängtera att pågående arbete inom bemanningsprojektet med att nå en kompetensförskjutning mellan sjuksköterskor och undersköterskor inte förändras till följd av denna åtgärd. Bemanningsprojektets åtgärder fortsätter enligt plan.

Jämfört med större sjukhus har Östersunds sjukhus färre vårdplatser per avdelning. Ofta finns på varje avdelning någon eller några patienter som är sjukare än andra och som kräver mer omvårdnad och övervakning. Även små vårdavdelningar måste därför ha en viss minsta bemanning med sjuksköterskor. Den genomsnittliga bemanningen per vårdplats blir då högre än på en större avdelning och medför en dyrare avdelningsvård.

Hela avdelningsstrukturen på Östersunds sjukhus behöver ses över för att kunna minska den genomsnittliga bemanningen med sjuksköterskor. Omstruktureringen kan ske genom att avdelningarna sektioneras i flera nivåer utifrån skillnader i patienters vårdbehov, krav på övervakning mm. I nuläget finns IVA för de patienter som kräver mest övervakning respektive vanliga vårdavdelningar för övriga patienter. Vid en omstrukturering, som även kommer att innehålla den sedan tidigare beslutade lättvårdsavdelningen, kan det bli aktuellt med fler vårdnivåer. Omstruktureringen av vårdavdelningar utifrån vårdbehov betyder att det inte längre kommer att krävas en lika stor bemanning med sjuksköterskor på varje avdelning för att hantera sjukare patienter och t ex lättvårdsavdelningen kan bemannas med främst undersköterskor. Omstruktureringen förutses leda till behov av färre sjukskötersketjänster totalt sett på en rationell storlek på vårdavdelningar samt sektionering i olika vårdnivåer. Här spelar också kompetensförskjutning mellan sjuksköterskor och undersköterskor en stor roll med möjlighet till förändrade bemanningsmål. Omstruktureringen av vårdplatser får inte medföra större ombyggnationer utan strukturen måste anpassas till de lokaler som finns till hands.

Den 1 januari 2018 trädde LOSUS (Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård) i kraft, vilken förväntas leda till att kommunerna snabbare kommer att göra de förberedelser som krävs för att utskrivningsklara patienter ska kunna komma hem eller till annat boende. Tillsammans med effekterna av åtgärds paket 1 *Nära vård i samverkan* bedöms det medföra färre utskrivningsklara patienter på vårdavdelningarna.

Under 2017 startade Region Jämtland Härjedalen ett mobilt närvårdsteam (MINT) som samverkar med kommunerna kring vård av en grupp multisjuka äldre patienter. Situationen för dessa patienter, innan anslutningen till det mobila närvårdsteamet, karaktäriseras av många besök på akuten och många inskrivningar på vårdavdelning. Hos landsting som under lång tid arbetat efter denna modell har vård dagarna för dessa patienter blivit betydligt färre. En uppföljning av det första halvåret med MINT indikerar liknande effekter här. Annat som förväntas minska behovet av vårdplatser är åtgärder för mer dagkirurgi i OPUS 2020 (förändringsprojekt utifrån genomlysning av den kirurgiska verksamheten). Allt sammantaget bedöms effekterna av LOSUS, hemsjukhuset och MINT bli att minst tio vårdplatser kan tas bort.

Parallellt med omstruktureringen av vårdavdelningarna intensifieras arbetet med att ta fram bemanningsmål och förbättra schemaläggningar. I detta ingår också att ta hänsyn till möjligheter till kompetensförskjutning inom ramen för bemanningsprojektet. Hänsyn

behöver även tas till hur vårdnära service ska kunna nyttjas bättre så att det bidrar till att kunna minska bemanningen på vårdavdelningarna.

Slutenvården på Östersunds sjukhus har ett stort nyttjande av inhyrda sjuksköterskor och hela minskningen av sjukskötersketimmar beräknas göras genom ett stopp för nyttjande av inhyrda sjuksköterskor. Den ekonomiska effekten av denna åtgärd beräknas därför bli stor. I vilken mån andra yrkeskategorier kommer att beröras går inte att bedöma i dagsläget.

Måltidpunkt:

**1 juni 2018 ska åtgärder vara genomförda, lättvårdsavdelning i drift samt förslag hur den nya vårdplatsstrukturen i övrigt ska se ut så att inhyrning av sjuksköterskor så snart möjligt kan upphöra.**

Ekonomiska effekter:

**Helårseffekt 35 miljoner kronor, 2018: 20 miljoner kronor**

Den totala kostnadsminskningen av omstrukturering av vårdplatser och en minskning av det totala antalet vårdplatser på Östersunds sjukhus beräknas till 35 miljoner kronor per år.

Uppföljning:

Beräkning ska ske per månad och räknas om till helårseffekt. Detta ska jämföras med samma beräkning baserad på perioden jan- maj 2018. Följande parametrar ska beräkningarna göras för:

- Antal vårdplatser
- Beläggningsprocent och överbeläggningar
- Antal sjuksköterskor, undersköterskor, övrig personal per avdelning beräknat utifrån arbetade timmar
- Kompetensmix utifrån arbetade timmar – andel sjuksköterskor och undersköterskor av totalen (i syfte att följa upp kompetensöverföring)

Nedanstående kostnader ska jämföras för samma period mellan olika år. Dessutom ska kostnaden efter helåret 2018 jämföras med helåret 2017 för att beräkna om målet uppnåtts. Korrigeringar ska göras för den del av personalkostnader som kan hänföras till årlig lönerrevision.

- Personalkostnad vårdavdelningar
- Kostnad för inhyrda sjuksköterskor

**3. Genomgång av mottagningsverksamhet**

Med målet att mottagningstid används mer resurseffektivt ska en genomgång av vårdflöden på mottagningar ske. Det handlar om produktions- och kapacitetsplanering, att se över bokningsmoduler, arbetssätt, mottagningstider, möjligheten till överbokning för att hantera eventuell förekomst av uteblivna besök, utbildning av patienter i grupp/enskilda besök, uppföljning av behandlingar, möjlighet nyttja distansteknik mm.

I genomgångarna ska även ingå Rätt Använd Kompetens-analys (RAK) för att om möjligt kunna åstadkomma kompetensförskjutning från exempelvis läkare till andra yrkesgrupper, men även från sjuksköterska till andra grupper med kortare utbildning.



Ett resultat av produktions- och kapacitetsplanering är att produktionskrav per individ kan ställas. På marginalen brukar det oftast vara möjligt att hinna med ännu en aktivitet. En målsättning som för hela regionen på totalen kan resultera i att betydligt fler besök hinns med, är om varje läkare på respektive mottagning och i primärvården tar emot ett till besök per vecka.

Med betydligt fler över 80 år i länets befolkning den närmaste tio-årsperioden, är det helt avgörande att utvecklingen över tid med fler besök per patient bryts. Alla patienter som har förmåga måste utbildas i egenvård så att de själva i högre grad kan hantera sin sjukdom/ar. Med mer egenvård skulle mer av sjukvårdspersonalens tid kunna ägnas åt den del av vården som inte patienten rimligen kan ta hand om själv och man skulle hinna med fler nya patienter. Målsättningen måste bli färre åtgärder/besök per patient och mer egenvård.

Det tar tid att göra de beskrivna genomgångarna av verksamheten på mottagningarna. Dessutom behövs metodkunskap. Det är inte alltid som medarbetarna på enheterna har möjlighet att helt själva göra detta arbete. Patientflödena till olika mottagningar är också av varierande storlek. Det är därför viktigt att prioritera större patientflöden. Det metodstöd som finns tillgängligt i form av verksamhetsutvecklare bör i första hand stötta de mottagningar, där det finns störst potential att förbättra produktivitet och tillgänglighet och som omfattar stora patientflöden. Eftersom produktions- och kapacitetsplanering ska prioriteras, ska varje verksamhetsutvecklare i genomsnitt använda minst 25 % av sin tid på produktions- och kapacitetsplanering.

#### Måltidpunkt:

Beslut kommer att fattas på hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp 180215 om hur många större patientflöden på mottagningar som ska vara genomlysta och med nya arbetssätt införda senast 1 juni 2018. Arbetet kommer att startas med några större flöden på kirurgmottagningen enligt redan fattat beslut

#### Ekonomiska konsekvenser:

**Detta arbete förväntas bidra till de ekonomiska konsekvenserna under**

#### Uppföljning:

- Förbättrad tillgänglighet
- Färre vårdgarantifall
- Minskade kostnader för hyrläkare, följs upp under åtgärdsförslag 4
- Förändrad kompetensmix på mottagning, arbetade timmar per kategori före och efter
- Ökad produktivitet, delvis genom nästa punkt
- Färre inställda besök

#### **4. Läkarkonstruktion på Östersunds sjukhus – mindre nyttjandet av hyrläkare, mindre vård per patient och utbudsbegränsning**

Per november 2017 uppgick kostnaderna för inhyrda läkare på Östersunds sjukhus till 58,4 miljoner kronor. Omräknat till årstjänster utifrån arbetade timmar, har antalet anställda

läkare på fyra år, mellan 2012 och 2016, ökat med 35,4 stycken, samtidigt som inhyrda läkare ökat med motsvarande 8,4 årstjänster. Höjningen av läkarbemanningen har motiverats av en ökad produktion. Föreslagen åtgärd är att som ett första steg sluta nyttja inhyrda läkare motsvarande 15 miljoner kronor, ca 25% av kostnaden för hyrläkare på Östersunds sjukhus 2017.

För att kunna minska nyttjandet av hyrläkare krävs andra åtgärder. Färre läkartimmar innebär mindre utrymme för att tillhandahålla vård. I detta resonemang bortses från eventuella produktivetsförbättringar som kan ske och som varje område fortlöpande bör arbeta med. En stor del av produktionsökningen tillskrivs enligt svaren från områdescheferna att mer görs för varje patient. Detta bekräftas också av statistiken från vårdsystemen som visar att antalet besök ökar mer än antalet patienter. I det här avseendet behöver rutinerna ses över för hur många återbesök mm olika patienter och patientgrupper ska göra så att i genomsnitt mindre görs per patient. För att uppnå detta måste ännu större ansträngningar göras för att utbilda patienter att i större utsträckning själva ta hand om och ta ansvar för sina sjukdomar och sin hälsa.

Arbetet med att renodla läkaryrket så att endast de arbetsuppgifter utförs av läkare, som ovillkorligen kräver läkarkompetens, måste fortsätta.

Därutöver finns förslag på utbudsbegränsningar för att läkare i första hand ska kunna ägna sig åt patienter och sjukdomstillstånd/skador som prioriteras. Alla utbudsbegränsningar ska värderas för att avgöra om särskilda politiska beslut krävs innan de verkställs.

För att klara vårdbehoven på sikt måste, som beskrevs i inledningen, allt fler uppgifter datoriseras och automatiseras i takt med den tekniska utvecklingen.

Områdena har över tid ökat bemanningen med ST-läkare för att själva utbilda de specialister man behöver vid kommande pensionsavgångar. Erfarenhetsmässigt har det varit svårt och ofta omöjligt att rekrytera färdiga specialister. Planeringen av ST-läkare har hittills hanterats av varje område och i vissa fall på enhetsnivå. ST-läkarna genomgår utbildningsblock inom olika specialiteter på sjukhuset samt i vissa fall även i primärvården vilket innebär att de behöver handledning. För att nå en bättre framförhållning och för att kunna ta hand om ST-läkare med minsta möjliga störningar i vården finns ett behov av regionövergripande planering och samordning baserat på prognoser för pensionsavgångar och strategiska beslut om eventuella framtida verksamhetsförändringar.

En möjlig konsekvens av ett minskat nyttjande av hyrläkare kan bli minskad tillgänglighet för några/vissa specialiteter. Hur minskningen av hyrläkare ska fördelas på olika områden ska chefen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen besluta om, efter samråd med områdescheferna på Östersunds sjukhus.

#### Måltidpunkt:

**1 juni 2018 ska minskning av hyrläkare på Östersunds sjukhus vara färdigplanerade för helåret och åtgärder genomförda som börjat ge ekonomiska effekter**

#### Ekonomiska konsekvenser:

**Helårseffekt 15 miljoner kronor, 2018: 9 miljoner kronor**

### Uppföljning

Dessa kostnader ska jämföras för samma period mellan olika år. Dessutom ska kostnaden efter helåret 2018 jämföras med helåret 2017 för att beräkna om målet uppnåtts.

- Kostnad för inhyrda läkare på Östersunds sjukhus och arbetade timmar per vecka för hyrläkare
- Antal egna specialister i förhållande till inhyrda specialister
- Förändringar över tiden av ST-läkare per område

### **5. Inhyrda läkare i primärvården**

Inom ramen för *Bemanningsprojektet* finns ett mål om att kraftigt minska nyttjandet av inhyrda distriktsläkare. Primärvården har för 2018 infört ett tak på max 15 läkare/vecka, dvs helår 780 veckor, vilket kommer omprövas för varje kvartal. Omfördelning sker under taket så fördelningen styrs dit där behoven är störst.

För det nyttjande som ändå sker, bör ett antal åtgärder genomföras:

- Ett pristak ska tillämpas.
- Möjligheten att nyttja inhyrda läkare enstaka dagar och inte enbart hela veckor ska undersökas.
- Primärvården planerar att i fortsättningen enbart anlita inhyrda specialistläkare. Skälet är att det ofta medför omfattande merarbete för primärvårdens anställda läkare och annan personal i de fall ej färdiga specialister hyrs in.

### Måltidpunkt:

**Löpande under 2018 max 15 hyrläkare/vecka**

### Ekonomiska konsekvenser:

**20 miljoner**

### Uppföljning:

- Veckovis avrapportering av beställda hyrläkarveckor
- Centraliserat avtalstecknande av Primärvårdchefen
- Fakturorna avseende inhyrda läkare bör granskas centralt hos primärvården för att kontrollera om avvikelser uppåt från pristaket förekommer.

### **6. Administrativ samordning, "ordning och reda"**

Områdena på Östersunds sjukhus hjälps i viss utsträckning åt över områdesgränserna med administration redan idag. Medicinska sekreterare tillhör de yrkesgrupper som man inte brukar hyra in. Förslag finns om ytterligare samverkan och omfördelningar av arbetsuppgifter för att ytterligare effektivisera de medicinska sekreterarnas arbetsuppgifter.

För att regionen ska kunna debitera de belopp som man har möjlighet att debitera när det gäller utomlans- och utlandsvård, måste det finnas kunskap hos berörd personal om vilka regler som gäller. Dessutom är det viktigt att den personal som registrerar DRG verkligen korrekt registrerar alla aktiviteter som företas för varje patient så att regionen får betalt för

allt som görs. I nuläget finns en enda person som har till uppgift att på en del av sin arbetstid uppdatera sig och regionen om i förändringar i DRG. Behovet av större kunskap och insikter om betydelsen av korrekt DRG-registrering hos de som registrerar DRG är stort och mer utbildning krävs. Utbildning både för läkare och medicinska sekreterare är planerade våren 2018.

Diskussioner finns också om att ta ut egenavgifter för vissa undersökningar, åtgärder och material som inte ligger i det direkta basutbudet. Område kvinna har sedan tidigare lagt fram förslag och fått politiska beslut som under 2017 gett ca 400 tkr i intäkt. Andra områden kan komma att lägga fram likande underlag för politiska ställningstaganden.

Ett egenkontrollprogram ska tas fram och implementeras för att säkerställa att heromarbete och efterlevnad av avtal, regler och riktlinjer sker med god kvalitet och följsamhet. Revideringen syftar också till att utreda om rätt uppgift ligger på rätt kategori ex att inte uppgifter som bör hanteras av chef ligger på assistent etc. Internkontrollprogrammet innehåller följande kontrollområden: anställning, lön, lokala kollektivavtal, arbetsförändringar, frånvaro, flexibel arbetstid, schema, personalbefrämjande kostnader, reskostnader, bemanningsföretagskostnader och bisyssla. Verksamhetsstöd och/eller Löneekonomiservice ska gå igenom verksamheterna utifrån checklista(ej eget område). Resultatet går igenom tillsammans med områdeschef och berörd enhetschef. När revisionsperioden är slut får verksamhetschefen samtliga checklistor från sin verksamhet. Områdeschef ansvarar för att plan för åtgärder och uppföljning upprättas.

Former för proaktiv uppföljning ska tas fram och implementeras som stöd för enhetschefernas och områdeschefernas hantering av personalkostnader, bemanning och schemaläggning. Inspiration till hur detta ska ske hämtas från andra landsting, - på kort sikt excel-baserade verktyg hämtade från Västra Götaland och på längre sikt förstudie om Region Västernorrlands IT-system Vera är möjligt att införa.

#### Måltidpunkt

**Under 2018 ska dessa administrativa åtgärder vara implementerade**

#### Ekonomiska konsekvenser

**Inte möjligt att sätta något ekonomiskt mål för detta – syfte är att följa upp beslutade åtgärder**

#### Uppföljning

Ytterligare samarbeten kring medicinska sekreterares uppgifter klargjorda

Antal deltagare i DRG-utbildningarna

Antal verksamheter där egenkontrollprogrammet genomförts

Förstudie gällande Vera är genomförd och ställningstagande till eventuellt införande har fattats.