

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen 2017-12-08
Annika Jonsson
Tfn: 063-14 75 00
E-post: annika.jonsson@regionjh.se

RS/785/2017

Återrapportering av fördjupning utifrån SKLs analys av Region Jämtland Härjedalen

Summering av höstens arbete med fördjupning av SKLs analys

Vid styrelsen i augusti beslutades om en fördjupning på 10 punkter av den analys av regionens hälso- och sjukvård samt ekonomi som SKL presenterade i juni. SKL pekade på ett antal punkter där regionen stod ut i jämförelse med övriga landsting och regioner. Bland annat visade man att den specialiserade vården på Östersunds sjukhus hade höga kostnader i en nationell jämförelse. Även regionens primärvård har höga kostnader, men dels har inte primärvårdens kostnader ökat anmärkningsvärt mycket de senaste åren, dels är primärvårdens höga kostnader en följd av en sedan lång tid beslutad målsättning om en väl utbyggd primärvård med hög tillgänglighet för hela länets befolkning. Regionstyrelsen beslutade utifrån detta att en fördjupning av SKLs analys skulle ske, med fokus på den specialiserade vården på Östersunds sjukhus.

Med SKL som bollplank, har en arbetsgrupp på regionen arbetat vidare med analyser. I förslaget till fördjupning ingick att ett faktaunderlag per område på Östersunds sjukhus, skulle sammanställas och lämnas till respektive områdeschef för att de skulle ge svar på varför utvecklingen såg ut som den gjorde. Underlaget innehöll siffror på utvecklingen under ett antal år för produktion, personalkostnader, arbetade timmar, hyrpersonalkostnader, kostnader för riks- och regionvård, samt ett antal detaljfrågor kring materialet.

Den 13 november gjordes en presentation vid ekonomiutskottets sammanträde för regionstyrelsens medlemmar m fl. Arbetsgruppen för fördjupad SKL-analys presenterade då fler siffror och samband för att beskriva utvecklingen av hälso- och sjukvården för länets patienter och organisationssiffror kring produktion, arbetade timmar, ekonomi mm, samt de data över Kostnad Per Patient (KPP) som tagits fram för regionens hälso- och sjukvård. Dessutom redovisades en analys baserad på siffrorna samt de svar och kommentarer som områdena lämnat på det tidigare utlämnade frågematerialet.

Den 29 november hölls sedan en workshop med alla berörda områdeschefer. Utifrån de slutsatser som kunde dras av de svar som områdescheferna lämnat, togs förslag på åtgärder fram. Frågor och svar på utlämnat material berörde framför allt punkt 1 i fördjupningslistan, som handlade om orsakerna till en i nationell jämförelse hög nettokostnadsutveckling sedan 2010 för den specialiserade vården.

De förslag till åtgärder som blev resultatet av workshopen med områdescheferna den 29 november har sedan bearbetats av den lokala arbetsgruppen tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören.

Åtgärder och tidplan

Vid utformningen av förslagen har regionens arbetsgrupp för fördjupad SKL-analys gjort bedömningar av när åtgärderna skulle kunna genomföras och vilka möjliga effekter och mål som de ska resultera i, både i form av verksamhetsförändringar och minskade kostnader, i de fall de rimligen kan uppskattas. Dessutom behöver parametrar hittas, som det blir möjligt att följa upp åtgärderna efter. Dessa detaljer måste stämmas av med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, som har sitt nästa möte den 14 dec, d v s efter styrelsesammanträdet. Av detta skäl presenteras detaljerna kring dessa åtgärdsförslag vid den fördjupade redovisning och diskussion med den politiska ledningen som är inplanerad fredagen den 15 december.

Övriga två områden som en fördjupad analys planeras för är ytterfall och KPP för vissa MDC.

Förslag på ytterligare fördjupning av analys utifrån KPP

Här kommer först en kort beskrivning av KPP och DRG, som ligger till grund för de fördjupningspunkter som därefter beskrivs.

Kostnad per patient (KPP)

Kostnad Per Patient (KPP) innebär att kostnaden beräknas för varje individuell vårdkontakt. Det är SKL som ansvarar för att KPP-data från sjukhusen sammanställs i en databas och för de principer som gäller vid framtagandet av KPP. Uppgifterna i databasen bildar därmed ett underlag för utveckling av metoder för jämförelser, analyser och ersättningar inom sjukvården. Vilket kostnadsunderlag man utgår från och hur man kostnadsberäknar sina vårdtjänster i sin KPP-modell är grundläggande för att resursförbrukningen återges korrekt och att jämförelser därmed utgår från samma förutsättningar.

KPP baseras på bruttokostnaden för den vård en enhet producerat. Alla kostnader ska fördelas ut på de vårdproducerande enheterna i relation till hur enheten förbrukat dem (ända från landstingsledningsnivå - inga fria nyttigheter).

För att få möjlighet till jämförelse har följande kostnader exkluderats:

- Politiker (regionfullm, regionstyrelse), tjänstemannaorganisation för beställarverksamhet
- FOU
- Externt finansierade projekt
- Kostnader för köpt vård
- Ambulanskostnader/sjukresor
- Hjälpmiddelscentraler
- Kostnader för på enheten förskrivna receptläkemedel
- Reavinster/förluster, extraordinära kostnader

-Moms (privata enheter)

Diagnosrelaterade grupper (DRG)

Bruttokostnaderna kopplas sedan ihop med diagnosrelaterade grupper (DRG). Enligt Socialstyrelsen som är ansvarig för DRG är DRG ett beskrivningssystem för sjukvården, som finns och används i hela världen. DRG-systemet bygger på befintliga data om patienters diagnoser, insatta åtgärder, ålder, kön, födelsevikt, utskrivningsätt, etc och kan därmed användas av alla vårdgivare utan extra registreringar. DRG ger en överskådlig beskrivning av verksamheten ur både medicinskt och ekonomiskt perspektiv – kort sagt - det beskriver patienternas ”resursåtgång”.

Innerfall och ytterfall

Vid framtagning av KPP-data delas varje vårdtillfälle upp i ytterfall respektive innerfall.

Ytterfall är de 5 procent extremt dyraste vårdtillfällena per DRG. Ytterfallen står för ca 21 procent av kostnadsmassan och har en medelkostnad som är 5 gånger högre än innerfallen. Andel vårdtillfällen som blir ytterfall inom respektive DRG kan därmed variera (0,5 – 13 procent). Ett vårdtillfälle kan klassificeras som ett ytterfall antingen beroende på att vård dagarna överstiger en viss gräns eller att kostnaderna blir mycket höga.

Innerfallen utgörs av resten av vårdtillfällena och omfattar därmed den mer normala vårdproduktionen.

Syftet med uppdelningen är att få till bättre jämförelser, eftersom extremvärden då inte tillåts påverka normalkostnaden. Vid köp och försäljning av vård mellan olika landsting får vårdgivaren debitera ytterfallen separat och får därför rätt ersättning.

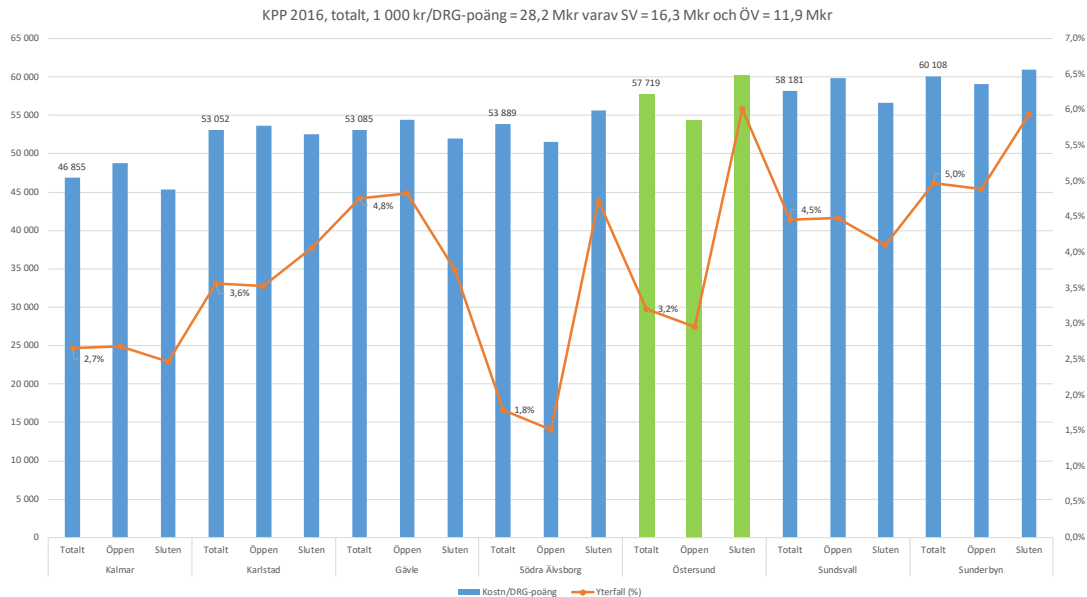
För de KPP-jämförelser som gjorts i fördjupningen av SKLs analys har sex länssjukhus förutom Östersund valts ut på följande grunder:

- Länssjukhusnippet - Riket
- Södra Älvsborg – Sjukhus som regiondirektören har kunskaper om
- Karlstad – Lika som Region Jämtland Härjedalen?
- Kalmar – Lika som Region Jämtland Härjedalen?
- Gävle – Lika som Region Jämtland Härjedalen?
- Sundsvall – Norrlandssjukhus som regionen har många kontakter med och bra kunskap om
- Sunderbyn – Norrlandssjukhus som regionen har många kontakter med och bra kunskap om

KPP-siffror har jämförts för åren 2014, 2015 och 2016.

1. Fördjupad analys av ytterfall

Det KPP-material som tagits fram för Region Jämtland Härjedalen och som har jämförts med andra sjukhus i andra län uppvisar en ovanligt hög procent ytterfall. Dessutom har andelen ytterfall ökat från 5,2 procent 2014 till 6,0 procent 2016, vilket är en ökning med 15 procent.



Det är därför av intresse att Östersunds sjukhus ytterfall 2016 granskas vidare. De består av 1071 vårdtillfällen som kostat 188 miljoner kronor. Chefläkaren har fått i uppdrag att leda analyser tillsammans med respektive områdes MLU och MLA med syfte att få svar på bl a följande frågeställningar:

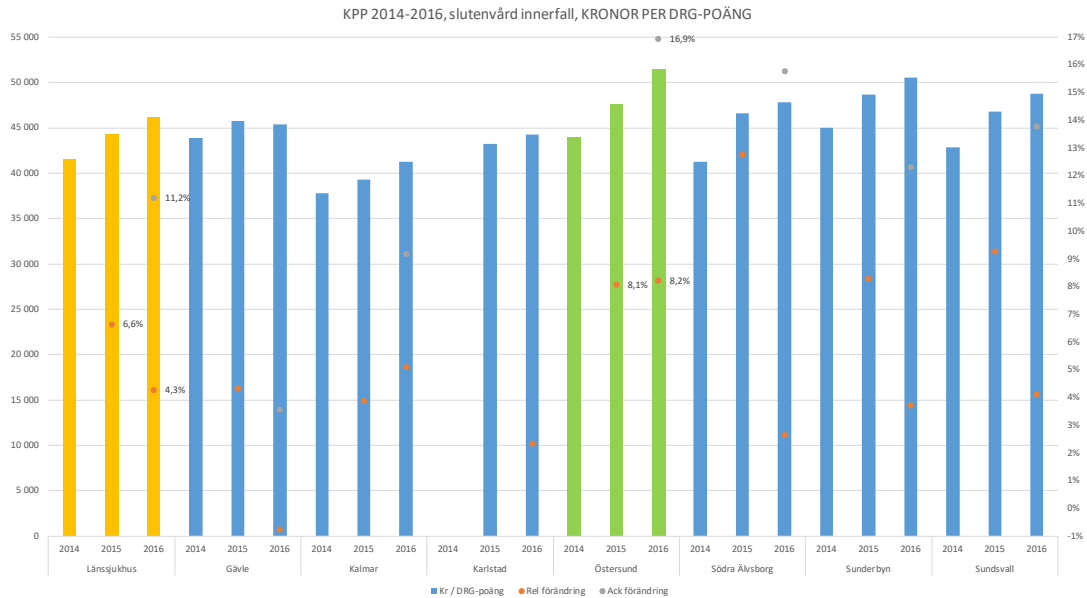
- Har dessa ytterfall något gemensamt som är kostnadsdrivande?
- Finns det kvalitetsbrister bakom?
- Finns det systemfel?
- Beror ytterfallen på långa vårdtider – i så fall för långa? och i så fall varför för långa?
- Görs för mycket åtgärder för dessa patienter jämfört med vad som är rimligt utifrån det DRG som avses?
- Finns det uppenbara registreringsbrister?
- Eller beror allt på relevant sjukdom och åtgärd?

Svaren på dessa frågor kan indikera var på Östersunds sjukhus och på vad som förbättringar bör göras som kan minska andelen ytterfall och därmed sänka kostnaderna.

2. Fördjupad analys av MDC där Östersunds sjukhus har höga kostnader och hög kostnadsökning

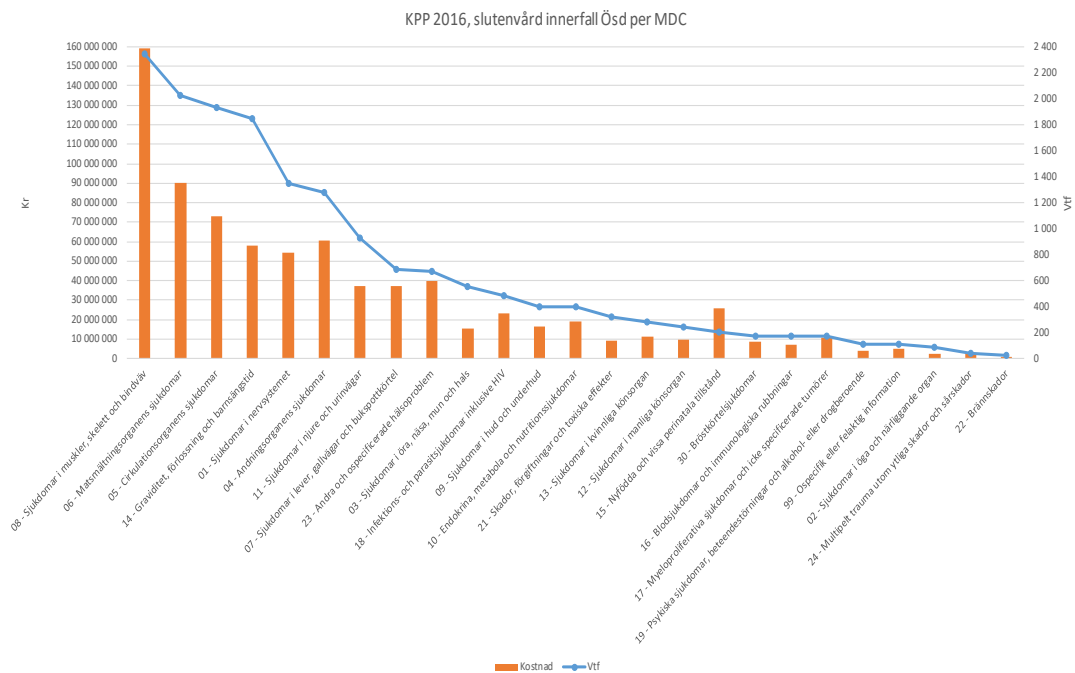
Som angavs tidigare under punkt 1 om analys av ytterfall har regionen en hög andel ytterfall som drar upp vårdkostnaden per patient.

Men även när enbart KPP för innerfallen mäts har regionen höga värden. Dessutom har kostnaden per DRG-poäng slutenvård ökat kraftigt de senaste åren.

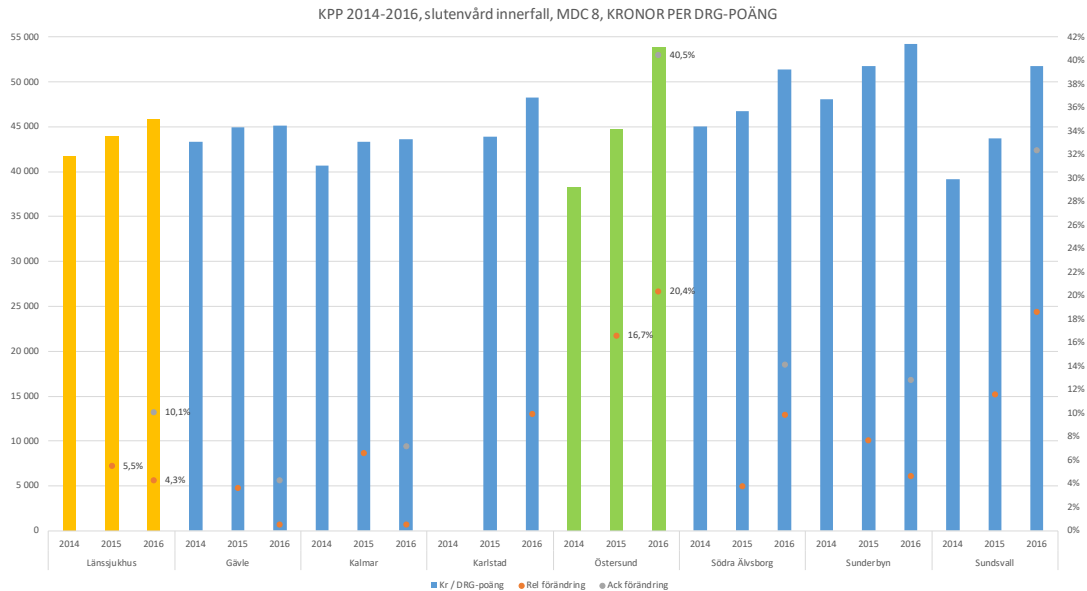


För att se om kostnadsökningen kan kopplas till speciella områden och om det finns varierande storleksgrad i skillnaderna mot riket för olika områden, har KPP-siffror för innerfall slutenvård på Östersunds sjukhus även delats upp på olika MDCs (Major Diagnostic Category). Enligt Socialstyrelsen är MDC en mycket grov indelning av alla huvuddiagnoser där varje MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss etiologi. Ofta motsvaras också en MDC av en viss medicinsk specialitet.

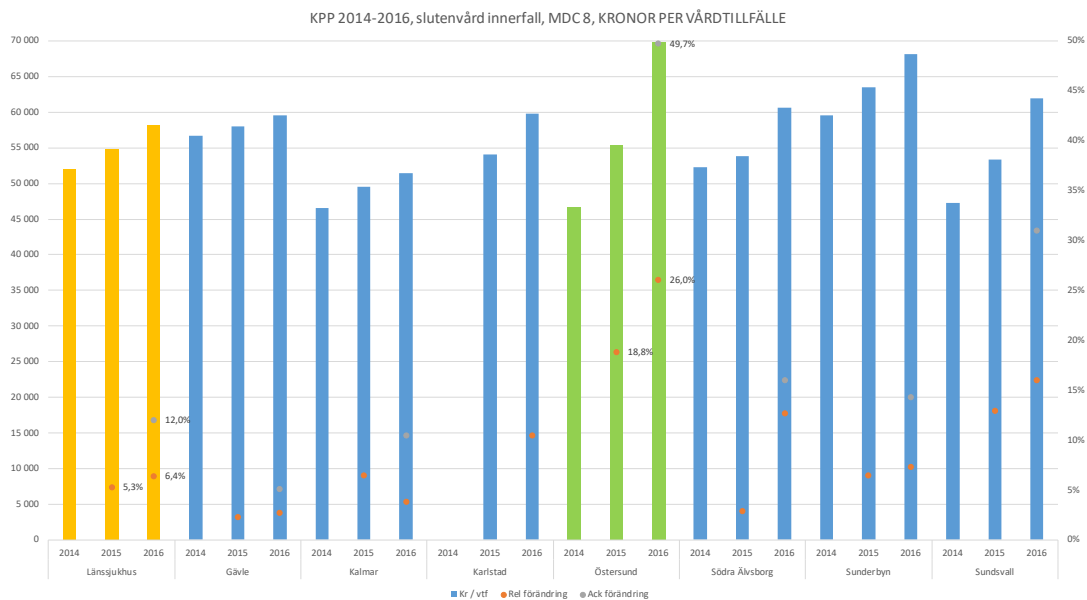
En uppdelning i och rangordning av olika MDC på Östersunds sjukhus enligt KPP och antal vårdtillfällen visar att en mycket stor del av kostnaderna och vårdtillfällena kan hänföras till gruppen 08 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv.



En jämförelse med de utvalda sjukhusen och gruppen länssjukhus visar att KPP per DRG för Östersunds sjukhus låg högt 2016 och att den har ökat kraftigt från 2014.



När KPP beräknas per vårdtillfälle avviker kostnaden ännu mer uppåt och ökningen mellan åren är mycket stor. En stor del av denna MDC hanteras av område ortopedi.



Region Jämtland Härjedalen har inte tidigare använt sig av KPP för fördjupade analyser (delvis därför att siffrorna inte varit riktigt tillförlitliga). För att kunna skapa en modell för att analysera beståndsdelarna i KPP och komma fram till varför KPP för olika MDC skiljer

sig jämfört med andra landsting och vad skillnader i kostnadsökning beror på, planeras start av en pilotstudie.

För pilotstudien har område ortopedi valts ut. Tanken är att områdeschefen för område ortopedi och områdets MLA, MLU, ekonom, regionens KPP-specialist och andra som behövs för analysen, sätter sig med motsvarande personer på annat landsting och gör jämförelser på detaljnivå i underlaget till KPP.

Efter genomförd pilotstudie kan modellen användas för jämförelser på andra områden. Dessutom kan en sådan analys ge svar på varför innerfalls-KPP var så höga och kraftigt stigande för MDC 08 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, vilket är viktigt att komma fram till med tanke på att de utgör en så stor andel av vårdkostnaderna på Region Jämtland Härjedalen.

BILAGA Återrapportering av övriga fördjupningspunkter

1. Utvecklingstakten – Nettokostnad somatisk vård – avvikelse mot riket i procent – Bild 105 i SKLs analys

En sammanfattning av svaren från områdescheferna blir att det finns flera och samverkande faktorer bakom den höga nettokostnadsutvecklingen efter 2010.

Rent generellt har den specialiserade somatiska och psykiatriska vården i Region Jämtland Härjedalen gått från slutenvård mot alltmer öppenvård. Detta visar sig i att antalet disponibla vårdplatser minskat med 72 stycken från 2008 till 2016. Vårdtillfällena har minskat med 0,4 procent per år och medelvårdtiden har minskat, helt i linje med trenden i riket. Samtidigt har öppenvården ökat kraftigt - sjukvårdande behandlingar med 1,6 procent per år och läkarbesök med 2,2 procent per år. På frågan vad som drivit på utvecklingen finns flera svar:

- Den medicintekniska utvecklingen som innebär att fler tillstånd kan behandlas, vilket ökar efterfrågan på vård.
- Mer effektiva behandlingar leder till att allt fler överlever allt längre, vilket vanligen innebär att man blir en kronisk patient under resten av levnadstiden och då ger upphov till återkommande uppföljning och kontroller.
- Den demografiska utvecklingen. De äldre i länets befolkning har under perioden blivit flera tusen fler.
- Alltmer vård ges allt högre upp i åldrarna.
- Politiska beslut både på nationell och regional nivå som innebär ett ökat utbud, t ex beslut om konstgjord befruktning för ensamstående kvinnor, vissa former av screening och liknande.
- Förändrade nationella riktlinjer som ofta leder till att fler kontroller, läkarbesök mm förordas och medför att mer vård per patient ges. I vissa fall förordas specialiserad regionvård.
- Fler kontroller och mer administrativt arbete i form av registreringar för att kontrollera ledtider efter införande av standardiserade vårdförlopp i cancervården.
- Nya patientgrupper med delvis andra sjukdomar har tillkommit (asylsökande t ex)
- Högre barnafödande
- Fler turister
- Ökat remissinflöde pga många hyrläkare i primärvården, vilket till viss del stöds av statistik. Statistiken visar dock att ökningen av remisserna inte enbart kommer från primärvården.

Den ökade efterfrågan på vård har av områdena i allmänhet klarats av genom att man tagit in personal på timmar/övertid, anställt fler och/eller hyrt in personal. Under senare år har det också varit stora pensionsavgångar som medfört omsättning på personal och bidragit till en lägre nivå på erfarenhet bland personalen på vårdavdelningar. Överenskommelser om förkortad arbetstid och olika lönesatsningar har bidragit till en kraftig ökning av kostnader för personal.

Man har även använt sig av extramottagningar, tagit in hyrpersonal etc för att förbättra tillgängligheten, vilket lett till fler arbetade timmar.

Multidisciplinära konferenser uppges också ta mycket läkartid både för förberedelser, deltagande och efterarbete.

I ökningen av arbetade timmar ingår också att mer tid läggs på utbildning och handledning både hos läkargruppen och för sjuksköterskor och andra yrkesgrupper. Denna utveckling har flera orsaker: Läkare har i större utsträckning gått i pension. Många specialiteter på sjukhuset har sedan lång tid haft svårt att rekrytera färdiga specialister och för att klara pensionsavgångar har man därför anställt läkare under specialistutbildningstjänstgöring (ST) och fler ej legitimerade läkare (AT och andra). Dessutom finns numera hos regionen en del av den regionaliserade läkarutbildningen.

Mixen av olika slags läkare har därför förändrats. Överläkare och specialister låg 2016 på ungefär samma nivå som 2012, medan ST-läkarna ökat med motsvarande 15,6 årstjänster och underläkare och AT-läkare med 21,3 årstjänster.

För att klara det ökade behovet av överläkare/specialister har områdena tagit in hyrläkare och nyttjandet av dem har ökat med motsvarande 8,4 årstjänster. Totalt har läkargruppen ökat med motsvarande 43,8 årstjänster (beräknat utifrån arbetade timmar). I ökningen av arbetade timmar för läkare ingår också den PCI-verksamhet som startade 2015 och som innebar hemtagning av riks- och regionvård från NUS.

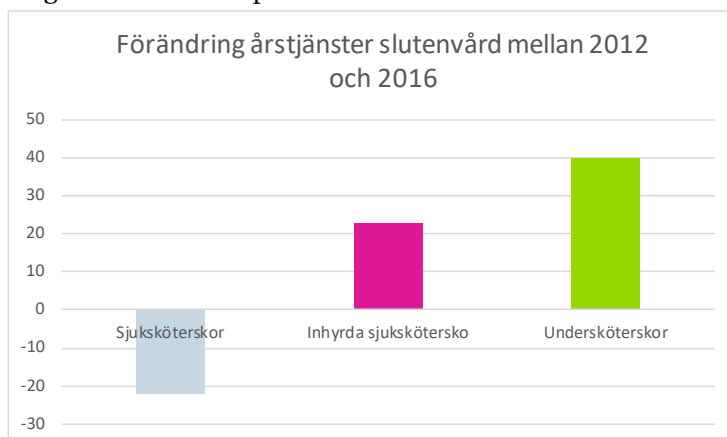
En annan omständighet som lett till fler arbetade timmar för både läkare, sjuksköterskor och andra yrkeskategorier är införandet av det nya vårdsystemet COSMIC.

Vårdnära service för att avlasta vårdavdelningarna med patienttransporter mm motsvarande en ökning av 32 årstjänster.

Med allt färre vårdplatser har den genomsnittliga vårdtyngden blivit högre (eller upplevs så eftersom vårdtyngden inte mäts.) Perioden 2008-2016 har många sjuksköterskor på vårdavdelning antingen gått i pension eller flyttat till mottagningarna, där sjuksköterskeledda specialistmottagningar startats (sviktsköterska mm). Följden har blivit färre erfarna sjuksköterskor på avdelningar och fler med kort erfarenhet, samtidigt som ineliggande patienter har större omvårdnadsbehov. Kvarvarande sjuksköterskor, med kortare erfarenhet, ska dessutom introducera och handleda nytexaminerade sjuksköterskor.

En hög omsättning på sjuksköterskor innebär att mer tid måste läggas på introduktion och handledning. Ett större beroende av inhyrda sjuksköterskor förvärrar den negativa spiralen. Vårdnära service ökning med 32 årsarbetare verkar inte ha fått avsedd effekt, att få igång en utveckling mot Rätt Använd Kompetens. Det är först under 2017 som arbete att försöka ändra mixen sjuksköterska/undersköterska mot mindre andel sjuksköterska satts igång i större omfattning i Bemanningsprojektet.

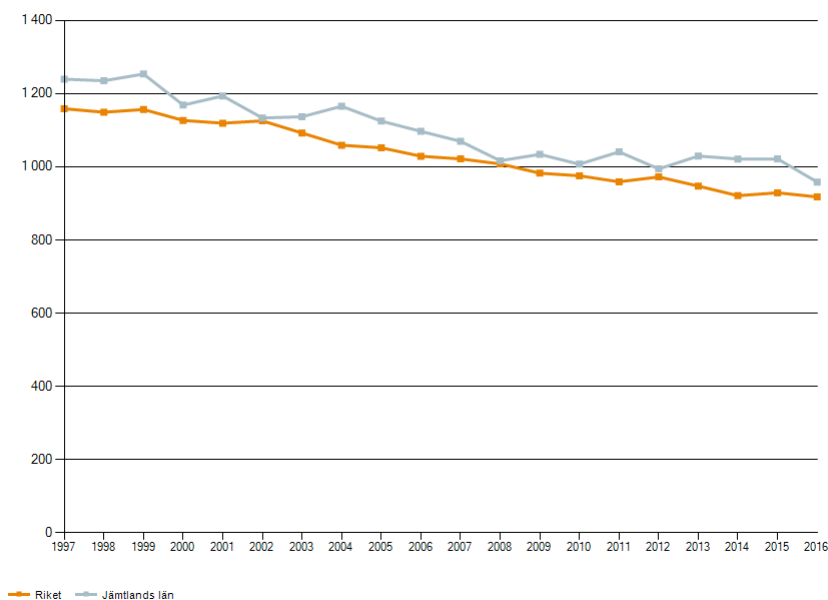
Mellan 2012 och 2016 har mixen av sjuksköterskor och undersköterskor på vårdavdelning förändrats, men det har skett genom att undersköterskor har tillkommit. Siffrorna i diagrammet baseras på arbetade timmar.



2. Hög dödlighet = högre ohälsa o högre sjukdomsförekomst. Spåra orsaken! Bild 16 i SKL-analysen

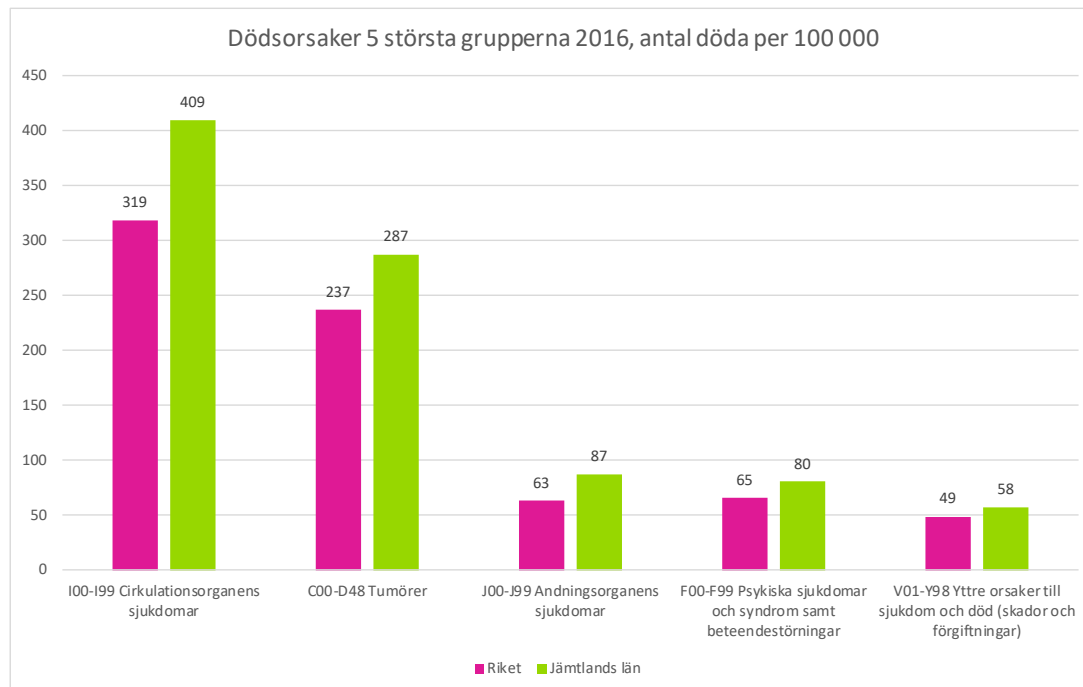
I sin analys framförde SKL att regionen enligt statistik har en hög åldersoberoende dödlighet samtidigt som sjukdomsförekomsten inte generellt är hög. Den högre dödligheten i Jämtland är en indikator på ohälsa och högre sjukdomsförekomst och brukar därför vara kopplad till högre kostnader för hälso- och sjukvård. Men när SKL tittade på diagnosbaserad statistik för samma diagnosgrupper visade de inte på högre sjuklighet än riket.

Dödsorsaksstatistik, Dödstal, åldersstandardiserade enligt medelbefolkningen 2016. Samtliga dödsorsaker, Ålder: 0-85+, Båda könen



Ytterligare information finns i dödsorsaksregistret. En jämförelse per 100 tusen invånare mellan invånarna i Jämtlands län och riket visar att länsinvånarna i större utsträckning dör i cirkulationsorganens sjukdomar. I den gruppen återfinns t ex hjärtinfarkter och stroke. Det

är även fler som dör av tumörsjukdomar. I gruppen *Yttre orsaker till sjukdom och död i skador och förgiftningar* återfinns bl a självmord och fallolyckor. Dödsorsaksregistret ger dock inget svar på varför dödligheten i Jämtlands län är högre än riket.



Och statistiken över insjuknande i dessa diagnosgrupper visar inte på högre förekomst i Jämtlands län än riket. Dessutom är öppenvårdsbesöken i den specialiserade vården få jämfört med riket.

Samtidigt visar Socialstyrelsens statistik att länsinvånarna får jämförelsevis mycket av den allra dyraste vården när det gäller dessa diagnosgrupper. Det gäller både de slutenvårdsoperationer som görs på Östersunds sjukhus och de slutenvårdsoperationer som utförs på länsinvånare på sjukhus i andra län, i stor utsträckning som riks- och regionvård. Det ger en viss förklaring till att regionen har höga kostnader för slutenvård, då regionens köp av riks- och regionvård som andel av de totala kostnaderna ligger på nästan 16 procent, vilket är tredje högsta andelen av alla landsting.

När det gäller de slutenvårdsoperationer som utförs på Östersunds sjukhus har volymen också betydelse, men det är framför allt en hög KPP per DRG-poäng som ger höga kostnader. KPP-statistiken pekar på en hög kostnadsnivå på Östersunds sjukhus.

Sammanfattningsvis går det att se ett samband mellan höga kostnader för somatisk specialistvård för Region Jämtland Härjedalen och högre dödlighet i vissa stora diagnosgrupper, även om öppenvårdsbesöken och uppmätt sjukdomsförekomst för samma diagnosgrupper är få jämfört med riket.

3. Fördjupning av analyserna kring polikliniseringen. Bild 35 i SKL-analysen

SKL påpekade att andelen behandlingar som sker som dagvård, dvs då inläggning på vårdavdelningen inte sker, är förhållandevis liten för invånarna i Jämtlands län. (I statistiken från Socialstyrelsen ingår både vård som utförs på Östersunds sjukhus och vård som länsinvånarna får på sjukhus i andra län).

Dagkirurgi. Dagkirurgibesök/100 000 inv, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2016

Operation	2016	
	Riket	Jämtlands län
Samtliga operationer	17 620	13 793
T Mindre kirurgiska ingrepp	3 964	2 251
U Transluminal endoskopi	3 669	3 008
C Operationer och speciella undersökningar i ögonregionen	2 679	2 446
Q Åtgärder på huden	2 445	1 255
X Diagnostiska åtgärder i anslutning till kirurgisk verksamhet	2 109	1 927
N Operationer på rörelseapparaten	1 119	1 270
L Operationer på kvinnliga könsorgan	1 028	1 202
J Operationer på mag-tarmkanalen och därtill hörande organ	671	509
D Operationer på öron, näsan, halsen och struphuvudet	515	313
E Operationer på läppar, tänder, käkar, munnen och svalget	381	234
K Operationer på urinvägar, manliga könsorgan och vävnaden bakom bukhinnan	322	283
A Operationer på nervsystemet	188	244
P Operationer på perifera kärl och lymfsystemet	144	80
F Operationer på hjärtat och stora intratorakala kärl	100	186
M Obstetriska ingrepp	85	58
H Operationer på bröstkörtlar	84	55
G Operationer på bröstväggen, lungsäckar, mediastinum, diafragma, luftstrupen, lufttrör och lungor	9	4
B Operationer på endokrina organ	3	5
Y Uttagningar av organ till transplantation	1	0

Socialstyrelsens statistikdatabas 2017-10-16, samt dagkirurgi utförd på specialistvården Campus adderad.

Vid en ytterligare analys av för vilka slags ingrepp det finns avvikelser mellan länsinvånarnas dagkirurgiska ingrepp och rikets framgång att det framför allt är en stor skillnad när det gäller kategorin *mindre kirurgiska ingrepp*. En vidare dykning i denna grupp visar att avvikelserna framför allt gäller kategorierna *mindre ortopediska ingrepp* och *mindre ingrepp på huden* där siffrorna är mer än 60 procent lägre än riksnittet. Dessa grupper går att analysera på en ännu mer detaljerad nivå och då finner man att vissa ingrepp uppvisar siffror på ca en tiondel av riksnittet, t ex injektion av diagnostisk eller terapeutisk substans i led mm. Vid kontakter med berörda medicinska specialiteter blev uppgiften att den här typen av åtgärds-koder sällan registreras. Eftersom länsinvånarna i en nationell jämförelse får mycket ortopedisk vård i övrigt – flest slutenvårdsoperationer per 100 tusen invånare och på femteplats när det gäller polikliniska operationer, verkar det också troligt att de stora avvikelserna när det gäller mindre ortopediska ingrepp framför allt beror på underregistrering. De verkliga siffrorna för dagkirurgi för länets invånare bör därför vara större än vad Socialstyrelsens statistik visar, men hur mycket större är omöjligt att bedöma.

Område ortopedi har en stor operationsverksamhet och som statistik visar utförs där redan många polikliniska operationer. När det gäller område kirurgi pekade den genomgång som gjordes i utredningen OPUS 2020 på att det fanns möjligheter att utföra mer operationer som dagkirurgi. Genomförande av förändringar i enlighet med OPUS 2020 har startats och pågår.

4. Hög förekomst av höftfrakturer – vad beror det på? Bild 23 i SKL analysen

SKL lyfte frågan om varför Jämtland Härjedalen hela 2000-talet legat så markant över riket när det gäller just höftfrakturer? Regionens och kommunernas samarbetsorgan SVOM har också haft uppmärksamhet på denna fråga och beslutat göra en analys av orsakerna till den höga förekomsten av höftfrakturer. En delrapport som handlar om fallolyckor i Jämtlands län är under framtagande och en del av innehållet presenterades på SVOMs möte 1 december. Den slutliga rapporten kommer att utgöra en del av det material som presenteras för regionstyrelsen våren 2018.

5. Långa vårdtider för KOL-patienterna, varför? Bild 45 i SKL-analysen

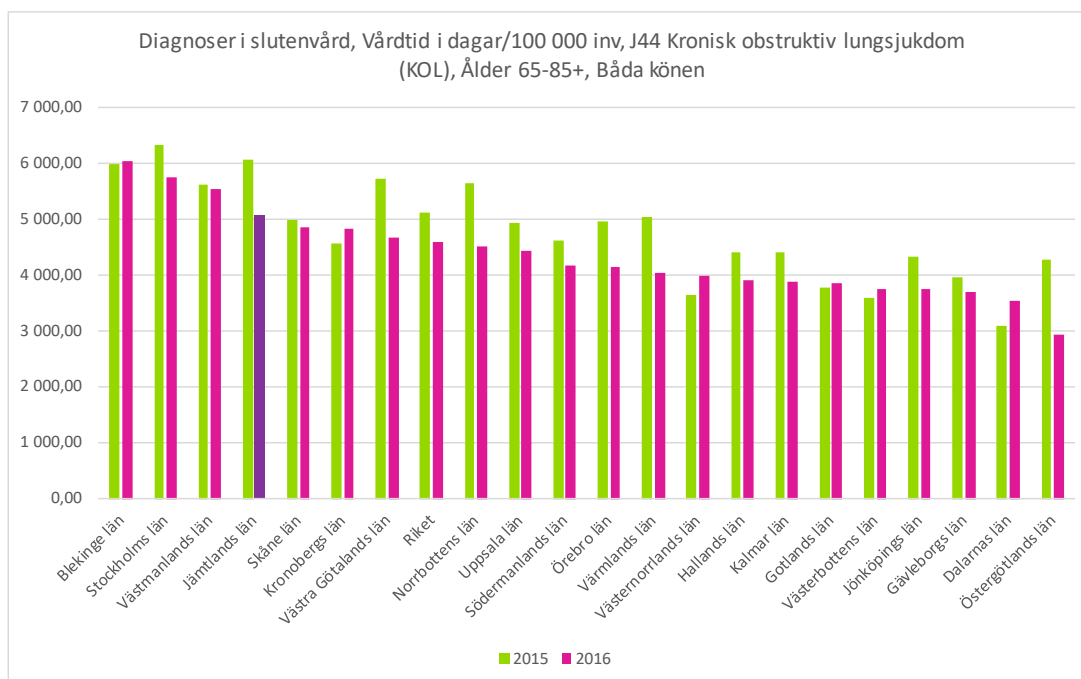
SKL visade att Region Jämtland hade många vård dagar för KOL-patienter. Man noterade att *”RJH påtagligt högt. Även lång medelvårdtid för denna diagnos; del i förklaring.”*

Bakomliggande orsaker är bl a bristande struktur på rondarbetet, hög personalomsättning och stor andel hyrsköterskor och avsaknad av en särskild KOL-sjuksköterska/KOL-team som kan träffa patienter polikliniskt och efter utskrivning.

Dessutom bedrivs palliativa vård för KOL-patienter delvis på lungavdelningen, vilket genererar längre vårdtider. Dessa skulle kunna vårdas i högre grad i hemmet med stöd av t ex Storsjögläntan.

En konsekvensanalys av nationella riktlinjer har genomförts och beslut om fortsatt arbete har beslutats av HS-ledningsgrupp. Uppdrag till områdescheferna finns att

1. Skapa ett vårdprogram med processinriktning
2. Anpassa organisationen efter vårdprogrammet och optimera samverkan
3. Gör en behovsanalys utifrån punkt 1 och 2
4. Påbörja registrering i kvalitetsregistret Luftvägsregistret
5. Erbjuder sjuksköterskor utbildning i lungsjukvård (minst 15 hp)



När SKL gjorde sin analys maj-juni 2017 fanns ännu inte siffror för 2016. Ett diagram har gjorts med SKLs siffror och kompletterats med siffror från 2016 (båda åren hämtade från Socialstyrelsen). De visar att Region Jämtland Härjedalen fortfarande har många vård dagar, men att de har minskat med över 1000 vård dygn mellan 2015 och 2016 (-17 procent).

6. Överkapacitet på neonatalvården? Bild 71 i SKL-analysen

SKL visade att när det gäller andel av samtliga nyfödda (enl SCB) skrivna i respektive län som vårdats på neonatalavdelning under nyföddhetsperioden (0-28 dagar efter födseln), toppade barn från Jämtlands län statistiken 2013 och 2015 och låg bland de tre i topp även 2012 och 2014. År 2016 var andelen 15,4 procent för barn från Jämtland Härjedalen jämfört med 10,2 procent som var siffran för riket.

Jämtland har hög inläggningsfrekvens och delar det med flera andra landsting med betydande glesbygd eller med landsting med ett sjukhus med neonatalvård.

År	Genomsnittsbeläggning per år avd 109
2016	66,02 %
2015	92,98 %
2014	56,6 %
2013	65,45 %

Beläggningen varierar stort, men trenden är att den ökar.

2016 –	3 mån över 80 %, 5 mån mellan 60-79 %, 4 mån mellan 36-59 %
2015 –	7 mån över 90 %, 4 mån över 70-89 % och en månad 69 %
2014 –	jan 86,2 %, feb 67,8 %, mars 36,2 %, apr 43,3 %, maj 15 %
2013 –	3 mån över 80 %, 3 mån mellan 65-79 %, 6 mån mellan 42-59 %

En 80 procent belagd avdelning är en i stort sett fullbelagd avdelning.

Sammanfattningsvis finns det flera faktorer som påverkar neonatalvården. Vart femte barn inlagt på neonatalavdelningen på Östersunds sjukhus läggs in från hemmet och inte från förlossningen/BB. Om dessa räknas bort för att få mer jämförbara siffror blir andelen vårdtillfällen 11 – 12 procent.

BB/förlossning har resursbrist; vårdplatser och barnmorskor saknas. En mindre andel nyfödda skulle kunna erbjudas BB-vård som alternativ till neonatalvård om mer BB-resurser fanns tillgängliga.

Neonatala vårdplatser för nyfödda (oftast måttligt till extremt prematurfödda) med intermediärt intensivvårdsbehov saknas i Norra regionen. Enstaka barn vårdas därför åt andra neonatala verksamheter inom Norra regionen men även från andra regioner pga resursbrist hos dem. Region Jämtland Härjedalens neonatala verksamhet är en av få i ett nationellt perspektiv som har en stabilitet på det personella planet med hög kompetens neonatalt både från ett läkar- samt barnsjuksköterskeperspektiv.

Det finns geografiska/logistiska omständigheter i glesbygd, som innebär att ett nyfött barn som söker akut och som har många mil till hemmet ofta erbjuds observation på neonatalavdelningen.

Särskilt vintertid besöks länet av många turister. Det innebär att en liten grupp utomlänsbarn varje år råkar födas i Östersund vilket ger ett tillskott i statistiken.

7. Varför har Östersunds sjukhus så hög andel ytterfall 2016? Bild 1 i KPPanalysen

Detta är den punkt som enligt beskrivning tidigare i dokumentet föreslås bli föremål för ytterligare analys.

8. Fördjupad analys av tre olika MDC för slutenvård. Bild 12 i KPP-analysen

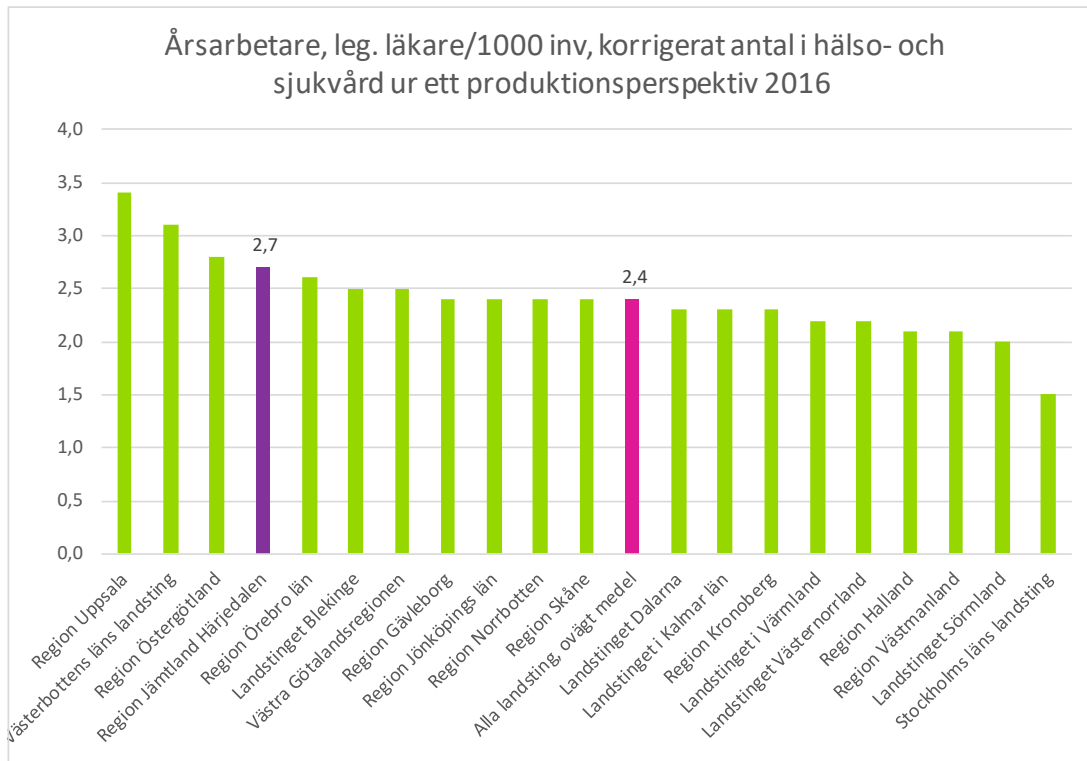
Detta är den punkt som enligt beskrivning tidigare i dokumentet föreslås bli föremål för ytterligare analys tillsammans med annat landsting.

9. Personalkostnader, bemanningsmål och utbildningsuppdrag. Vad kan vi lära av andra och nationell statistik?

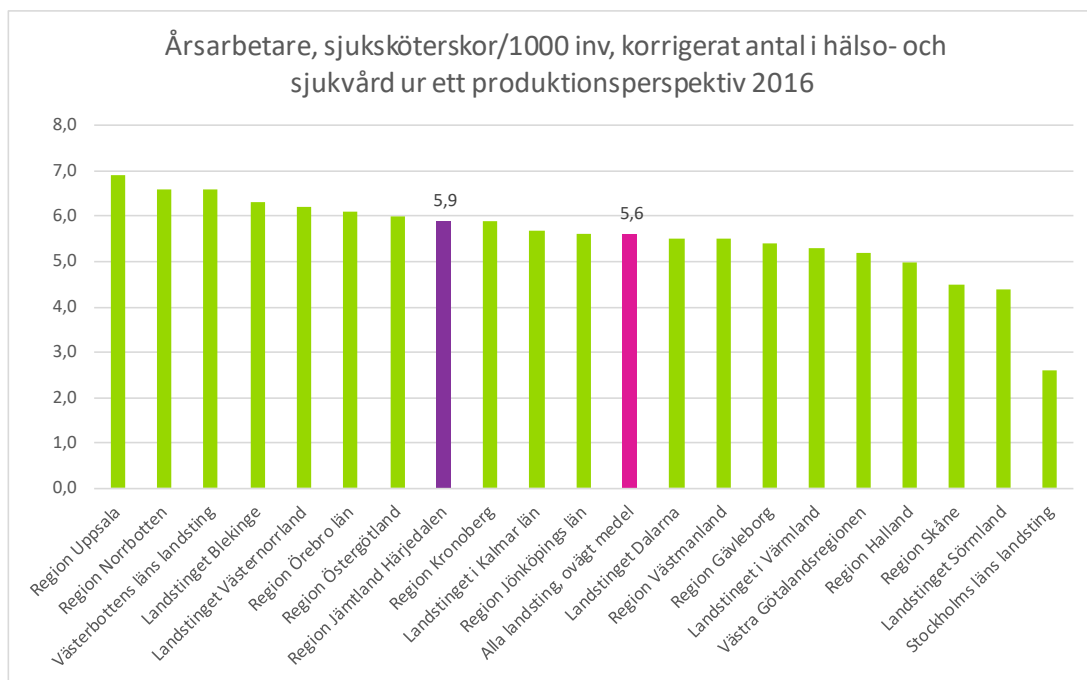
I SKLs databas Kolada finns siffror för vissa yrkeskategorier per 1000 invånare för alla regioner och landsting. Siffrorna inkluderar dock även primärvården.

Produktionsperspektiv innebär att siffrorna inkluderar även inhyrd personal.

När det gäller läkare är siffran högre än snittet. Siffran dras dock till viss del upp av att primärvården ingår och regionens primärvård har högst antal läkare per 1000 invånare i landet. Siffran ligger på 0,9 jämfört med snittet på 0,6.



Siffran för sjuksköterskor inkluderar även primärvården. När det gäller primärvården har regionen näst högst bemanning i förhållande till befolkningen av alla landsting, 1,2 jämfört med snittet på 0,9.



Mer meningsfullt hade varit att mäta bemanning mot den verksamhet som ska bemannas. Detta är svårt då verksamheterna inom hälso- och sjukvården många gånger är väldigt komplexa och användbar statistik saknas.

På regionen är en modell under utformning för att kunna granska och dra slutsatser av schemaläggning, bemanningsmål, övertid mm. För övrigt är målsättningen att kunna lära även om bemanning och personalkostnader från den pilotstudie på KPP-kostnader på ortopedien som planeras.

10. Analys av fullsortimentssjukhus och nivåstrukturering. Hur kan analyser göras?

Myndigheten Vårdanalys har fått Socialstyrelsens uppdrag att snabbt utreda krav på akutsjukhus och akut omhändertagande som underlag när Socialstyrelsen ska arbeta med nivåstrukturering av svensk sjukvård. Vårdanalys genomför därför just nu ett antal intervjuer i respektive landsting/region. På Region Jämtland Härjedalen intervjuas bl a Anna Granevärn, chef för område primärvård och Anita Secher, chef för område akutvård. Den analys som Vårdanalys gör kan ge Region Jämtland Härjedalen värdefull kunskap när det gäller innehållet i Östersunds sjukhus.