


LANDSTINGSREVISIONEN

# Granskning av landstingets system för dimensionering och matchning av vårdplatser

Rapport nr 06/2013



# Granskning av landstingets system för dimensionering och matchning av vårdplatser



Ernst & Young

Peter Daneryd

Katja Robleto

## Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och avgränsning .....	5
2.3. Revisionsfrågor .....	5
2.4. Revisionskriterier.....	5
2.5. Metod .....	5
<b>3. Övergripande ledning och styrning av landstinget .....</b>	<b>6</b>
3.1. Politisk organisation .....	6
3.2. Tjänstemannaorganisation .....	6
3.3. Verksamhetsområde primärvård .....	7
3.4. Verksamhetsområden medicin, kirurgi och regionsjukvård .....	7
<b>4. Ledning och styrning av arbetet med vårdplatser .....</b>	<b>7</b>
4.1. Lagar och föreskrifter .....	7
4.2. Landstingsövergripande riktlinjer .....	8
4.3. Riktlinjer inom primärvård.....	9
4.4. Riktlinjer inom medicin, kirurgi och regionsjukvård .....	9
<b>5. Tillämpning och uppföljning av riktlinjerna för vårdplatshanteringen i landstinget .....</b>	<b>11</b>
5.1. Lagar och föreskrifter .....	11
5.2. Landstingsövergripande riktlinjer .....	11
5.3. Riktlinjer inom primärvård.....	12
5.4. Riktlinjer inom medicin, kirurgi och regionsjukvård .....	12
<b>6. Sammanfattande bedömning .....</b>	<b>14</b>
6.1. Revisionsfrågorna .....	14
6.2. System för dimensionering och matchning av vårdplatser .....	15
6.3. Förslag till förbättringsområden .....	16
<b>7. Källförteckning .....</b>	<b>17</b>

## 1. Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting genomfört en granskning med syfte att ge underlag för bedömningen om landstinget har ett system som säkerställer rätt dimensionering och matchning av vårdplatser. I denna granskning används lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter som revisionskriterier jämte landstingets riktlinjer för tillämpning av dessa. Granskningen baseras huvudsakligen på dokumentstudier och intervjuer med relevanta befattningshavare. Granskningen avser primärt Hälso- och sjukvårdsnämnden, men även Landstingsstyrelsen.

Den övergripande bedömningen är att landstinget inte har ett sammanhållet system som säkerställer rätt dimensionering och matchning av vårdplatser. Slutsatsen grundar sig främst på avsaknaden av ledningssystem och att vårdplatsfrågan i huvudsak är en budgetfråga utan värdering av verkligt vårdbehov. Vårdplatsantal liksom förändringar av detta baseras huvudsakligen på historiska data och ekonomiska förutsättningar. På nivån verksamhet/basenheter görs i varierande utsträckning behovsbeskrivningar respektive behovsanalyser. Upprättade övergripande arbetsrutiner finns för den akuta vårdplatshanteringen.

Genom att landstingsövergripande analys av verkligt behov saknas kommer en sammanhållen produktions- och kapacitetsplanering att påtagligt försvåras liksom det gränsöverskridande samarbete som är nödvändigt för att optimalt utnyttja vårdplatsresursen inom landstinget. De omfattande förändringarna inom ramen för Projekt balans förutsätter fördjupad analys av vårdplatsbehov, främst för mest effektiva omhändertagandenivå och för prioriteringar.

Med utgångspunkt från denna granskning ges följande rekommendationer. Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att:

- ▶ Tydlig strategi för vårdplatsresurs i landstinget upprättas, vilken sedan blir en integrerad del i ledningssystemet genom koppling till budgetprocessen,
- ▶ Sammanhållet landstingsövergripande systematiskt arbetssätt implementeras för att antal och typ av vårdplatser huvudsakligen skall baseras på en objektiv beskrivning samt analys av ett verkligt behov,
- ▶ Vårdlogistik och sammanhållen produktions- och kapacitetsplanering implementeras,
- ▶ Uppföljning av genomförda åtgärder inom Projekt balans fördjupas med avseende på effekter på vårdkvalitet, patientsäkerhet samt personalens arbetsmiljö.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

I Landstingsplanen för år 2012-2015 liksom i Landstingsstyrelsens verksamhetsplan för år 2013 påtalas landstingets relativt höga konsumtion av slutenvård. Därför finner man att det finns behov av att utveckla nivåstrukturen för att uppnå mest effektiva omhändertagandenivå, men även att öka effektiviteten för att uppnå kostnadsreducering. Verktøyen är bland annat att arbeta med gränsöverskridande processer för att öka samarbetet mellan olika aktörer, men att samtidigt säkerställa och utveckla patientsäkerheten.

Vårdens platssituation har varit föremål för utredningar av SKL och Socialstyrelsen, och nationell beläggningsstatistik redovisas av SKL sedan början av detta år i form av antal överbeläggningar respektive utlokaliserade patienter per hundra disponibla vårdplatser. Vi menar att frågan om vårdplatser bör ses i ett sammanhang av flera påverkande faktorer. Denna granskning omfattar huvudsakligen ledningssystemens utformning och tillämpning för att säkerställa vårdplatser av rätt sort och på rätt ställe inom landstinget samt matchning (mot det faktiska behovet) i det fortlöpande operativa arbetet.

Några viktiga faktorer som påverkar vårdplatshanteringen:

- ▶ Definitioner och uppdrag
- ▶ Ledningssystem
- ▶ Produktionsplanering och kapacitetsplanering
- ▶ Operativ hantering av vårdplatser
- ▶ Avvikelsehantering- och uppföljning

#### *Definitioner och uppdrag*

Den nationella redovisning som sker genom SKL sedan början av detta år fokuserar mot beläggningsgrad av disponibla vårdplatser. Det är viktigt att en vårdorganisation ställer beläggningsgradens omfattning i relation till begreppen budgeterade platser respektive fastställda eller beslutade vårdplatser så, att begreppet beläggningsgrad verkligen blir användbart i både strategiskt och operativt arbete. Antal budgeterade platser är det som är avtalat och ingår i uppdraget. Antal fastställda eller beslutade platser kan vara ett annat och bero på förändrade förutsättningar i bemanning och/eller lokaler under kortare eller längre perioder. Objektiv grund för dimensionering av vårdplatser bör kunna redovisas. Eftersom landstinget arbetar mot mest effektiva omhändertagandenivå är det viktigt att samtliga vårdens aktörer har uppdrag vilka ansluter till varandra och säkerställer utveckling av gränsöverskridande samarbete.

#### *Ledningssystem*

Riktlinjer för vårdplatshantering kan finnas landstingsövergripande, förvaltningsövergripande, sjukhusövergripande samt för respektive verksamhet och sektion/avdelning. Ledningssystemen skall enligt SOSFS 2011:9 återspegla kvalitetsstyrning i vården, och för att utveckla denna är det viktigt att resultat av vårdplatshanteringen fortlöpande redovisas och omsätts i utveckling av ledningssystemen.

#### *Produktionsplanering och kapacitetsplanering*

Det arbete med processororientering vilket landstingsplanen beskriver är en utmärkt grund för att planera produktion och kapacitet. Detta planeringsarbete kan optimera användningen av tillgänglig resurs och minska risken för oförutsedd toppbelastning på landstingets vårdplatsresurser. För att säkerställa vårdkvalitet och patientsäkerhet är det viktigt att nödvändig personalkapacitet för en vårdplats definieras.

#### *Operativ hantering av vårdplatser*

Ledningssystemet skall tillhandhålla riktlinjer för vårdplatshantering, och det är viktigt att både det strategiska arbetet och det vardagliga operativa arbetet med vårdplatshantering såväl dagtid som jourtid blir väl fungerande. Uppdrag, roller, rutiner och infrastruktur behöver vara tydliga.

#### *Avvikelsehantering och –uppföljning*

Att en patient får rätt vårdplats och vid rätt tillfälle är en viktig dimension för kvalitet och patientsäkerhet. Avvikelse skall hanteras i linjen och/eller av chefläkare och återkopplas till berörda. Resultatsammanställning och redovisning behöver ske regelbundet och sammanställas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

## 2.2. Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen är att ge underlag för bedömningen om Hälso- och sjukvårdsnämnden har ett system som säkerställer rätt dimensionering och matchning av vårdplatser.

## 2.3. Revisionsfrågor

Syftet besvaras med hjälp av följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns i Västerbottens läns landsting ett system som säkerställer rimlig nivå för antal vårdplatser?
- ▶ Beaktar ett sådant system patientsäkerhet?
- ▶ Beaktar ett sådant system övriga kvalitetsaspekter på vård?
- ▶ Finns ett system som underlättar matchning i behov och utbud av vårdplatser?
- ▶ Har landstinget en rimlig nivå av antal vårdplatser?
- ▶ Hur påverkar glesbygdsmedicinens specifika behov systemen för hantering och dimensionering av vårdplatser?
  
- ▶ Definitioner och uppdrag: använder landstinget de olika begreppen budgeterad, fastställd respektive disponibel vårdplats? Finns ytterligare definitioner? Vilken definition används för redovisning av beläggningsgrad?
- ▶ Ledningssystem: hanteras frågan om vårdplatser i ledningssystemen?
- ▶ Produktionsplanering och kapacitetsplanering: används sådan planering för att optimera utnyttjandet av vårdplatser?
- ▶ Operativ hantering av vårdplatser: fungerar rutiner och riktlinjer i praktiken d v s i vårdens vardag?
- ▶ Avvikelsehantering- och uppföljning: används resultaten från avvikelsehanteringar för att skapa och förmedla kunskap om vårdplats hantering i landstinget respektive verksamheterna?

## 2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas från lagar och förarbeten eller interna regelverk, policies och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (1991:900)
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763)
- ▶ Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

## 2.5. Metod

Metoden innebär att genom intervjuer med nyckelpersoner och genom granskning av relevanta dokument beskriva och analysera samt värdera om landstinget har ett system som säkerställer rätt dimensionering och matchning av vårdplatser.

Följande personer har intervjuats av Ernst & Young:

- ▶ Hälsa- och sjukvårdsnämndens presidium
- ▶ Landstingsdirektör
- ▶ Chefläkare (ordförande chefläkargruppen)
- ▶ Chefläkare
- ▶ Verksamhetsområdeschef medicin
- ▶ Verksamhetsområdeschef kirurgi
- ▶ Verksamhetsområdeschef primärvård
- ▶ Verksamhetsområdeschef regionvård (tillika slutenvårdssamordnare i landstinget)
- ▶ Verksamhetschef/överläkare/bakjourer respektive primärjourer inom medicinska specialiteter
- ▶ Verksamhetschef/överläkare/bakjourer respektive primärjourer inom opererande specialiteter
- ▶ Medicinskt ledningsansvarig/specialister/bakjourer respektive primärjourer inom primärvård
- ▶ Sjukhussamordnare
- ▶ Enhetschef Memeologen
- ▶ Kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare

Intervju med verksamhetschefer, bakjourer, primärjourer och sjukhussamordnare har genomförts som gruppintervju/fokusgrupp

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

### **3. Övergripande ledning och styrning av landstinget**

#### **3.1. Politisk organisation**

Landstingsfullmäktige beslutade under 2010 om en ny förtroendemannaorganisation, vilken trädde i kraft 1 januari 2011. Ansvaret för hälso- och sjukvården fördelades därmed dels på Landstingsstyrelsen (LS, verksamhetsansvar för primärvården), och dels på en nyinrättad Hälsa- och sjukvårdsnämnd (HSN, verksamhetsansvar för sjukhusen). Landstingsstyrelsens uppdrag är att samordna politiskt landstingets angelägenheter inom primärvård och folkhälsa. Hälsa- och sjukvårdsnämndens ansvar är att samordna politiskt landstingets angelägenheter inom specialistsjukvård och regionsjukvård, tandvård samt närsjukvård. HSN har uppdraget att följa upp verksamhetsplanerna inom sina samordningsområden samt redovisa resultatet till styrelsen. Vårdplatser på sjukhusen är ett ansvarsområde för HSN.

#### **3.2. Tjänstemannaorganisation**

Landstingets förvaltning är indelad i sex länsövergripande verksamhetsområden: medicin, kirurgi, primärvård, regionvård, service och tandvård. Tjänstemannaorganisationens indelning i verksamhetsområden och centrala staber har justerats som en följd av förändringar i den politiska organisationen.

Verksamhetsområdena svarar direkt under landstingsdirektören och varje verksamhetsområde är indelat i basenheter (verksamheter). Förvaltningens organisation består i princip av tre beslutsnivåer. Den första på landstingsledningsnivå med landstingsdirektör, den andra på verksamhetsområdesnivå med verksamhetsområdeschefer som ansvariga tjänstemän, och den tredje på basenhetsnivå med verksamhetscheferna som ansvariga.

### **3.3. Verksamhetsområde primärvård**

Den principiella styrningen av den landstingsdrivna primärvårdsorganisationen är definierad genom den uppdragsbeskrivning som Landstingsstyrelse och Landstingsfullmäktige fastlagt 2010.

Områdeschefen för landstingets primärvård har en mindre stab. Chefläkaren hör till den landstingscentrala staben för verksamhetsutveckling, och har dels ett geografiskt ansvarsområde och dels ett huvudsakligt funktionsområde. Basenheterna/Hälsocentralerna leds av verksamhetschefer, vilka svarar direkt till områdeschefen.

Landstingets primärvård innefattar 32 hälsocentraler och 7 av dessa har tilläggsuppdraget att bedriva sjukstuga, dvs slutna primärvård med akutplatser. Landstinget tecknade 2010 överenskommelse med de landstingsdrivna hälsocentralerna om att ingå i Hälsoval Västerbotten och samtliga dessa är verifierade inom Hälsoval Västerbotten. Privata aktörer finns bland annat i Umeå, Lycksele och Skellefteå.

I direktiven till de aktörer som ingår i Hälsoval anges att det skall finnas sjukvårdsplatser i inlandet och vid dessa skall bedrivas "sluten primärvård" vilken fokuseras mot rehabilitering och palliativ vård. Vid intervjuerna i denna granskning anges dock att vårdplatserna enligt uppdrag i första hand skall användas för akut sjukvård.

### **3.4. Verksamhetsområden medicin, kirurgi och regionsjukvård**

Förändringen i den politiska organisationen ledde till att Hälso- och sjukvårdsnämnden nu är ansvarig för sjukhusens verksamheter.

Verksamhetsområdeschefen för medicin ansvarar för verksamheterna för barn- och ungdomspsykiatri (BUP), geriatrik, habilitering, hjälpmedel, hud och STD, infektion, medicin, psykiatri, rehabilitering och reumatologi.

Verksamhetsområdeschefen för kirurgi ansvarar för akutsjukvård, anestesi-operation-IVA, kirurgi, kvinnosjukvård, ortopedi och ögonsjukvård, samt ÖNH och käkkirurgi.

Verksamhetsområdeschefen för regionvård ansvarar för arbets- och beteendemedicin, avancerad hemsjukvård, barn- och ungdomsmedicin, bild- och funktionsmedicin, cancercentrum, hand- och plastikkirurgi, hjärtcentrum, labmedicin, medicinsk teknik och strålningsfysik, samt neurocentrum.

Verksamheterna leds av vardera en verksamhetschef. Gränsöverskridande samarbete mellan vissa verksamheter på de olika sjukhusen sker genom länsamarbetsråd, medan en del andra verksamheter är länskliniker. Indelningen i verksamheter och verksamhetsområden följer en för hälso- och sjukvården konventionell sådan och med vårdplatserna knutna till resurs och funktion, inte process.

## **4. Ledning och styrning av arbetet med vårdplatser**

### **4.1. Lagar och föreskrifter**

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763): främst kvalitetssäkring samt krav på personal, lokaler och utrustning för att ge god vård

Patientsäkerhetslagen (2010:659): främst systematiskt patientsäkerhetsarbete samt dokumentationsskyldighet, inklusive Patientsäkerhetsberättelse



Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9): verksamheternas skyldighet att upprätta ledningssystem för patientsäkerhet samt att utveckla vårdens processer

#### **4.2. Landstingsövergripande riktlinjer**

Landstingsplanen liksom övriga centrala styrande dokument ansluter såväl till SOSFS 2011:9 som till dess föregångare SOSFS 2005:12. Kvalitetsdimensionerna i vårdens utveckling utgör därvid ett fundament i landstingets värdegrund och styrande dokument. Härtill kommer att landstingets ekonomiska underskott på senare år har nödvändiggjort att man lyft fram flera av de bärande delarna, exempelvis utveckling av gränsöverskridande samarbete och processer liksom effektivitet och vårdkvalitet.

Projekt balans påbörjades i landstinget hösten 2011 för att både utveckla vården och förbättra den ekonomiska situationen. Vårdens organisation beskrivs i Landstingsplanen som heterogen med ett förhållandevis stort antal särlösningar. Förklaringar som ges är bland annat unika förhållanden med exempelvis både universitetssjukhus och en utbredd glesbygd. Vidare framhåller landstinget att nationella jämförelser har visat att man har ett relativt stort utbud av åtgärder som antingen bör upphöra eller starkt reduceras. Exempel som ges är vissa operationer, sjukhusinläggningar och läkemedelsbehandlingar.

Landstinget utmärker sig enligt Landstingsplan och budget med en relativt hög kostnad för hälso- och sjukvård per invånare i nationell jämförelse. Detta beror enligt landstinget bland annat på en totalt sett relativt hög vårdkonsumtion, en förhållandevis låg produktion i primärvården medan konsumtionen av slutenvård är hög. Primärvården och den högspecialiserade vården i Västerbotten har vid nationell jämförelse låga kostnader per vårdtjänst, d v s kan anses vara kostnadseffektiva. Norrlands universitetssjukhus är i nationella jämförelser ett av de mest kostnadseffektiva universitetssjukhusen. Den stora konsumtionen av vård får, trots den låga kostnaden per behandling, till följd att totalkostnaden för hälso- och sjukvård utslagen per invånare är högre i länet än genomsnittet i landet. En effektivisering och rationalisering av hälso- och sjukvården med bibehållen och utvecklad vårdkvalitet och patientsäkerhet, har därför av landstinget fått absolut prioritet mot bakgrund av det finansiellt utsatta läget.

Landstingets övergripande direktiv av betydelse för vårdplatssituationen är främst:

- ▶ Översyn av vårdens struktur, omfattande klinikernas organisation och ansvar samt fördelning av vårdplatser i öppen och sluten vård
- ▶ Att bedriva vård på mest effektiva omhändertagandenivå, vilket innebär att förskjuta exempelvis slutenvård mellan kliniker och poliklinisk vård till primär- och glesbygdsvård, ersätta läkarbesök med sjukvårdande behandling, utveckla glesbygdsmedicinsk vård, differentiera vårdinrättningar och utveckla nya vårdformer
- ▶ Sluta med undvikbara åtgärder i form av slutenvård, operationer, utredningar och läkemedelsbehandlingar
- ▶ Effektivisera vårdens arbetsformer genom att systematiskt se över arbetsprocesser och införa produktionsplanering
- ▶ Fokusera på gränsöverskridande arbetsprocesser både internt och externt, särskilt avseende kommuner och sjukvårdsregion
- ▶ Ett strukturerat patientsäkerhetsarbete

Landstinget medverkar i det nationella arbete vilket startade vid föregående årsskifte, där SKL varje månad publicerar resultaten från mätningarna av överbeläggningar, utlokaliserade patienter och disponibla vårdplatser.

Avvikelser med koppling till vårdplatsituationen och vårdplats hanteringen skall enligt landstingets riktlinjer registreras i avvikelshanteringssystemet Avans, och sedan handläggas liksom alla andra avvikelser av ärendansvarig linjeförstaperson. Resultatet skall sedan återföras till närmast berörda medarbetare liksom vid behov till övriga medarbetare via APT. Samlad information från avvikelshanteringen i landstingets verksamheter skall hanteras dels i den årliga Patientsäkerhetsdialogen mellan ledning och chefläkare, och dels i den årliga Patientsäkerhetsberättelse, vilken enligt Patientsäkerhetslagen skall sammanställas varje år. Patientsäkerhetsdialogen är en formaliserad del i arbetet med att utveckla en patientsäkerhetskultur inom landstinget och innebär ett helhetsgrepp på frågorna genom att belysa samtliga delar av patientsäkerhetsarbetet.

Med hjälp av landstingets utvecklingsenhet Memeologen pågår arbeten med processororientering och självförbättrande system. Processororienteringen skall stärka patientfokus och underlätta produktions- och kapacitetsplanering. Arbetet med självförbättrande system skall strukturera den mångfald av olika mötesformer som finns inom landstinget. En övergripande målsättning är, att skapa meningsfyllda och samtidigt effektiva möten. Detta arbete har enligt utvecklingsenheten betydelse för de gränsöverskridande möten som är aktuella för landstingets fortlöpande vårdplats hantering, och speciellt i perioder av extra belastning som till exempel under sommaren.

#### **4.3. Riktlinjer inom primärvård**

Riktlinjer för samarbetet mellan primärvården och sjukhusen finns huvudsakligen angivet i Uppdrag och regler för Hälsoval Västerbotten 2013. De områden som främst är tillämpliga för denna granskning är dels verksamheterna vid inlandets sjukstugor och dels gränsöverskridande arbete tillsammans med andra aktörer. Primärvården skall tillhandahålla både hemsjukvård i generell bemärkelse och basal palliativ vård i hemmet, och båda dessa vårdformer har betydelse i helheten för utveckling av vården mot mest effektiva omhändertagandenivå.

Enligt direktiv för Hälsoval Västerbotten ingår det i uppdraget till primärvården i inlandet att ansvara för "sluten primärvård", vilken preciseras vara rehabilitering och palliativ vård. På landstingets externa hemsida anges att man vid sjukstugorna har "akutvårdsavdelning med vårdplatser".

#### **4.4. Riktlinjer inom medicin, kirurgi och regionsjukvård**

En stor del av de strukturella åtgärderna i Projekt balans riktar sig till sjukhusen genom att krav på reduktion av vårdplatsantal, effektivisering och rationalisering, produktionsplanering samt handläggning av patienterna på mest effektiva omhändertagandenivå. Att vårda på rätt vårdnivå ställer stora krav på kontinuerlig utveckling av vården och samtidig utveckling av strukturen. Ett konkret exempel är att 15 000 läkarbesök inom sjukhusens öppna verksamheter skall föras ut till primärvården och det i ett landsting med relativt stort beroende av så kallade hyrläkare inom primärvården.

I landstingets styrande dokument påtalas behovet av att utveckla ledningssystem inom landstinget. Beredningsprocessen för verksamheternas/basenhetsernas respektive resursbehov (inklusive vårdplatsantal) är huvudsakligen knutet till budgetarbetet, och snäva ekonomiska ramar innebär hårda krav på chefer för motivering av bibehållen eller ökad resurs (inklusive vårdplatsantal). Behovsbeskrivning respektive behovsanalys för vårdplatsantal görs främst på verksamhets-/basenhetsnivå.

Det genomgripande förändringsarbete som sker i landstinget inom ramen för Projekt balans ställer direkt och indirekt ökade och delvis nya krav på ledning och styrning av dessa verksamheter som har vårdplatsresurs. Det gränsöverskridande samarbetet internt i landstinget behöver utvecklas liksom det externa, främst med kommunerna. Optimalt utnyttjande av vårdplatser förutsätter nya arbets- och mötesformer liksom sammanhållen produktions- och kapacitetsplanering samt uppföljning.

## 5. Tillämpning och uppföljning av riktlinjerna för vårdplatshanteringen i landstinget

### 5.1. Lagar och föreskrifter

Landstinget har inte etablerat ett ledningssystem. Flera ansatser har påbörjats på senare år och det finns delar av ett system. Genom att helheten av ledningssystem saknas finns det inte heller ett sammanhållet systematiskt arbetssätt kring fördelning/omfördelning av vårdresurs, annat än det som ingår i budgetarbetet. Därmed är exempelvis begreppet vårdplats huvudsakligen en kostnad vilken skall motiveras i ekonomiska termer.

Landstingets Patientsäkerhetsdialoger är en i nationell jämförelse unik tillämpning av de krav som är formulerade i den nya Patientsäkerhetslagen. Detta är sannolikt ett mycket viktigt grepp i utvecklingen för att skapa en modern patientsäkerhetskultur i ett landsting där många medarbetare fortfarande kopplar ihop anmälan om avvikelse med skuldbeläggande ("shame and blame").

### 5.2. Landstingsövergripande riktlinjer

På landstingets strategiska ledningsnivå är begreppet budgeterad vårdplats normerande för resonemanget om vårdplatsresurs, men ju närmare vårdens operativa vardag man kommer desto viktigare blir frågan om disponibel vårdplats. Begreppet fastställd vårdplats används huvudsakligen av verksamhetschefer och verksamhetsområdeschefer.

Grunden för beräkning av vårdplatsbehov är enligt landstinget i princip uppräknig/nedräknig av tidigare antal vårdplatser. Grunden för den förändring som sker inom ramen för Projekt balans har varit en nationell jämförelse där landstinget konstaterat att man har ett relativt stort antal vårdplatser i förhållande till ett nationellt genomsnitt. Innan landstinget reducerade antalet vårdplatser gjordes en begränsad riskbedömning, men de verksamheter som uttryckte behov av en sådan hade velat ha en mer omfattande riskbedömning och tidigare i förloppet.

Resultatet av arbetet inom Projekt balans med direkt och indirekt betydelse för vårdplatssituationen har av landstinget summerats:

- ▶ Överföring av läkarbesök från öppen sjukhusvård till primärvård pågår liksom nödvändiga utbildningsinsatser (men återbesök hos läkare på sjukhusen har ökat).
- ▶ Antalet vårdplatser på sjukhusen har från projektstart reducerats med 85 av ett totalt antal på cirka 1000 inom landstinget (inledningsvis var siffran 90 men vissa justeringar har gjorts). Året före projektstart (2010) hade man redan reducerat med 30 vårdplatser och under 2013 tillkommer reduktion med ytterligare 20 vårdplatser.
- ▶ Antalet vård dagar liksom vårdtid i landstinget har reducerats
- ▶ Beläggningsdata förs direkt från journaldatasystemet till IT-stödet Pluto för att man i realtid skall kunna följa beläggningen på samtliga landstingets enheter
- ▶ Sjukhussamordnare har fått ökat mandat för att stärka den lokala samordningen på respektive sjukhus och mellan sjukhusen
- ▶ Leanbaserat arbete har påbörjats med bland annat produktions- och kapacitetsplanering (med varierande resultat i olika verksamheter)
- ▶ Länssamrådsgrupper har inrättats inom medicin/geriatrik, psykiatri och kirurgi/ortopedi för gemensam vårdpraxis samt utveckling av differentiering och profilering

- ▶ Glesbygdsmedicinska centra har inrättats med målet att föra utökad diagnostik och behandling från sjukhusen till inlandets primärvård/sjukstugor
- ▶ Patientsäkerhetsarbetet har strukturerats

Den nationella Öppna Jämförelse (ÖJ) av beläggningsstatistik som SKL redovisat sedan föregående årsskifte, uppges stabiliserats under våren och med mindre variationer, och dessutom har överbeläggningar och utlokaliseringar minskat totalt sett. Västerbottens läns landsting befinner sig i dessa redovisningar över det nationella genomsnittet.

Trots landstingets tydliga fokus mot vård på mest effektiva omhändertagandenivå och gränsöverskridande samarbete, visar landstingets egna statistik att sedan flera år är upp till 10-15% (ibland upp till 20%) av det totala antalet inskrivna patienter på sjukhusen medicinskt färdigbehandlade, d v s behöver inte av medicinska skäl vårdas ineliggande på sjukhus. Däremot har kommunernas betalningsansvar enligt fastställd tidsgräns inte hunnit inträda för alla dessa patienter, utan endast för cirka 2% av det totala antalet inskrivna patienter. En återkommande kommentar från intervjuade vid denna granskning är att nuvarande vårdplatsproblem inte skulle finnas om dessa 10-15% (-20%) av patienterna kunde befinna sig på rätt vårdnivå.

Vid landstingets riktade sökningar i databasen för avvikelser med hjälp av sökord vilka är relevanta för vårdplatssituationen (exempelvis "överbeläggning", "satellitpatient", "vårdplats") ser man ingen säker ökning av antalet under perioden 2010-2013. För närvarande är det okänt om innehållet i dessa avvikelserrapporter har ändrats i någon betydande utsträckning, eftersom sådan värdering kräver en fördjupad analys. Däremot noteras att i landstinget har det totala antalet avvikelser ökat med i genomsnitt cirka 10% per år under denna period, vilket landstingets företrädare anser positivt eftersom det indikerar en ökad riskmedvetenhet och utveckling mot patientsäkerhetskultur. Landstinget inrättar nu en funktion som sammanställer och analyserar avvikelser på systemnivå.

Utvecklingsarbetet för landstingets olika mötesformer har i viss mån kunnat beaktas för de möten som är aktuella för vårdplatshantering, men det imperativa behovet av gränsöverskridande möten för att hantera vårdplatssituationen rubriceras av de intervjuade som "ständigt återkommande krismöten".

### **5.3. Riktlinjer inom primärvård**

Tillgängliga uppgifter talar för att produktiviteten i primärvården har ökat under Projekt balans, och därigenom har förutsättningarna ökat för att patienterna kommer till rätt vårdnivå, det vill säga att sjukhusens vårdplatser avlastas.

Vid granskningen framkommer att vårdplatserna vid sjukstugorna i inlandet huvudsakligen används för akut sjukvård, vilket inte stämmer med direktivet i Hälsoval Västerbotten. Det totala antalet vårdplatser vid sjukstugorna har reducerats något, och beläggningsgraden har ökat. Satsningen på glesbygdsmedicinska centra har uppmärksammats såväl nationellt som internationellt.

### **5.4. Riktlinjer inom medicin, kirurgi och regionsjukvård**

Reduktionen av vårdplatser inom landstinget är betydande, och har dessutom skett under relativt kort tidsperiod i nationell jämförelse. Samtliga de verksamheter som varit företrädare vid denna granskning rapporterar en ökande beläggningsgrad och en påtagligt ökad arbetsinsats för att hantera vårdplatserna. I flera av verksamheterna beskrivs alltmer frekventa topp-belastningar med beläggningsciffror på över 100%.

Detta har ställt stora krav på utformning av samordning, gränsöverskridande samarbete samt utarbetande av riktlinjer och PM. Bärande delar är att ha tydliga riktlinjer som fungerar även på jourtid samt att ha ett tydligt adresserat mandat hos vårdplatssamordnare/sjukhussamordnare respektive linjeorganisationer. Man har även utformat nya riktlinjer för omdirigering av ambulanstransporter inom landstinget när så är nödvändigt.

Vid granskningen beskriver man från jourverksamheterna att arbetet med vårdplatshantering måste ske på ett sådant sätt att patientsäkerheten allt oftare är i fara när patienter inte kan läggas på vårdplats som bemannas med rätt kompetens. Dessutom blir det arbetsmiljöproblem när merarbetet för att placera patienterna har blivit så omfattande och dessutom har man ett svåröverblickbart vårdansvar när patienter finns utspridda på ett sjukhus.

## 6. Sammanfattande bedömning

I följande kapitel görs en bedömning av revisionsfrågorna samt en bedömning huruvida Hälso- och sjukvårdsnämnden har ett system som säkerställer rätt dimensionering och matchning av vårdplatser.

### 6.1. Revisionsfrågorna

#### **Finns i Västerbottens läns landsting ett system som säkerställer rimlig nivå för antal vårdplatser?**

Nej. Dels har landstinget inte ett ledningssystem och dels har man inte ett landstingsövergripande sammanhållet systematiskt arbete för att beräkna rätt antal vårdplatser i förhållande till produktionsbehov och vårdkvalitet (kap 5.1, 5.2).

#### **Beaktar ett sådant system patientsäkerhet?**

Nej, eftersom ett egentligt landstingsövergripande system saknas. Däremot anges att patientsäkerhetsfrågor ständigt finns med i det förändringsarbete som görs i landstinget. Riktade prospektiva uppföljningar ingår inte inom ramen för Projekt balans (kap 5.1, 5.2).

#### **Beaktar ett sådant system övriga kvalitetsaspekter på vård?**

Nej, eftersom ett egentligt landstingsövergripande system saknas. Däremot anges att kvalitetsaspekter ständigt finns med i det förändringsarbete som görs i landstinget. Riktade prospektiva uppföljningar ingår inte inom ramen för Projekt balans (kap 5.1, 5.2).

#### **Finns ett system som underlättar matchning i behov och utbud av vårdplatser?**

Nej. Landstinget saknar det sammanhållna övergripande systematiska arbetssätt vilket är nödvändigt för en helhetshantering (kap 4.2, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4).

#### **Har landstinget en rimlig nivå av antal vårdplatser?**

Rimlighetsbegreppet är inte tydligt definierat och prövat när ett nationellt genomsnitt av vårdplatser blir vägledande för ett landsting som i sin flerårsplan anser sig ha ett antal speciella behov, som exempelvis kombinationen universitetssjukhus och omfattande glesbygd samt ett antal sårlosningar. Landstinget har ett anmärkningsvärt högt antal medicinskt färdigbehandlade patienter inskrivna på sjukhusen (kap 4.2, 5.2).

#### **Hur påverkar glesbygdsmedicinens specifika behov systemen för hantering och dimensionering av vårdplatser ?**

Glesbygdsmedicinens specifika behov tillgodoses genom satsningen på två centra. För övrigt sker viss neddragning och omfördelning av antalet platser. Bemanningsaspekter är viktiga vid få vårdplatser, dvs personalen måste även tjänstgöra i andra delar av verksamheten eller hos annan aktör (exempelvis kommunen) (kap 4.3, 5.3).

**Definitioner och uppdrag: använder landstinget de olika begreppen budgeterad, fastställd respektive disponibel vårdplats? Finns ytterligare definitioner? Vilken definition används för redovisning av beläggningsgrad?**

På strategisk ledningsnivå används huvudsakligen begreppet budgeterad vårdplats/fastställd vårdplats. På den operativa nivån i vårdens vardag används huvudsakligen begreppet disponibel vårdplats. Ansvariga linjechefer använder även begreppet fastställd vårdplats. Alla intervjuade anger att man använder disponibel vårdplats för att redovisa beläggningsgrad (kap 5.2).

Olika begreppsanvändning vid uppföljning kan ge olika resultat av betydelse för kommande strategiskt arbete avseende resursanvändning liksom utformning av riktlinjer (kap 4.2).

**Ledningssystem: hanteras frågan om vårdplatser i ledningssystemen?**

Nej, inte som ett sammanhållet område eftersom ledningssystem saknas (kap 5.1, 5.2, 5.3, 5.4).

**Produktionsplanering och kapacitetsplanering: används sådan planering för att optimera utnyttjandet av vårdplatser?**

Ja, för produktionsplanering (men verksamheterna har kommit olika långt). Nej, för kapacitetsplanering. Därmed saknas förutsättningar för att använda vårdplatsresursen på ett optimalt sätt när man inte vet vad som är rätt antal medarbetare och rätt kompetens i relation till ett verkligt produktionsbehov (kap 5.2).

**Operativ hantering av vårdplatser: fungerar rutiner och riktlinjer i praktiken d v s i vårdens vardag?**

Ja, men med extra och stor arbetsinsats och resultat av denna samt följsamhet till riktlinjer mäts inte systematiskt (kap 5.4).

**Avvikelsehantering- och uppföljning: används resultaten från avvikelsehanteringar för att skapa och förmedla kunskap om vårdplatshantering i landstinget respektive verksamheterna?**

Ja, för respektive enhet/verksamhet. Nej, för organisationen/systemet i ett vidare perspektiv (kap 5.1, 5.2).

## **6.2. System för dimensionering och matchning av vårdplatser**

Den övergripande bedömningen är att landstinget inte har ett system för för dimensionering och matchning av vårdplatser. Dels finns inte ett ledningssystem som innefattar den centrala vårdresurs som vårdplats utgör, och dels finns inte något landstingsövergripande sammanhållet systematiskt arbete med dimensionering.

Beredning av vårdplatsfrågan sker huvudsakligen i det årliga budgetarbetet, och förändringar har huvudsakligen varit baserade på ekonomiska faktorer, det vill säga att vårdplats är en kostnad. Den relativt stora vårdplatsreduktionen inom ramen för Projekt balans har huvudsakligen grundats på en jämförelse av landstingets vårdplatsantal med ett nationellt



genomsnitt. Fördelning av vårdplatsreduktionen inom projektet har föregåtts av behovsbeskrivning, och sådan sker huvudsakligen på verksamhetsnivå (basenhets-).

De sätt på vilka landstinget hanterar vårdplatsantalet utgår inte från värdering av ett verkligt behov och därmed är det oklart om rätt dimensionering och matchning av vårdplatser föreligger. Därmed finns inte heller plattformen för en väl utvecklad och sammanhållen produktions- och kapacitetsplanering, eftersom en sådan skall grundas på ett verkligt behov. Detta kan vara en förklaring till att landstingets verksamheter har svårt att komma igång med produktions- och kapacitetsplanering.

### **6.3. Förslag till förbättringsområden**

Med utgångspunkt från denna granskning ges följande rekommendationer. Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att:

- ▶ Tydlig strategi för vårdplatsresurs i landstinget upprättas, vilken sedan blir en integrerad del i ledningssystemet genom koppling till budgetprocessen,
- ▶ Sammanhållet landstingsövergripande systematiskt arbetssätt implementeras för att antal och typ av vårdplatser huvudsakligen skall baseras på en objektiv beskrivning samt analys av ett verkligt behov,
- ▶ Vårdlogistik och sammanhållen produktions- och kapacitetsplanering implementeras,
- ▶ Uppföljning av genomförda åtgärder inom Projekt balans fördjupas med avseende på effekter på vårdkvalitet, patientsäkerhet samt personalens arbetsmiljö.

Stockholm den 21 augusti 2013

Peter Daneryd

Katja Robleto

## 7. Källförteckning

- ▶ Landstingsplan 2012-2015 och budget för 2013
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2013
- ▶ Sammanställningar avseende avvikelshantering i landstinget
- ▶ Reglemente för landstingsstyrelsen och dess utskott (fastställd av landstingsfullmäktige 2010-06-01 § 17)
- ▶ Reglemente för Hälso- och sjukvårdsnämnden (fastställd av landstingsfullmäktige 2011-10-11 § 227)
- ▶ Reglemente för nämnder för folkhälsa och primärvård (fastställd av landstingsfullmäktige 2011-04-13 § 98)
- ▶ PM för Patientssäkerhetsdialoger (Staben för verksamhetsutveckling 2012)
- ▶ Riskbedömning vårdplatser - neddragning vårdplatser och IVA-platser sommar 2013 (Tjänstemannaledning 2013-04-24)
- ▶ Arbetsbeskrivning dagbakjour medicin (Verksamhetschef 2013-04-14)
- ▶ PM Akuta inläggningar Medicincentrum (Verksamhetschef 2013-05-07)
- ▶ Beslut om rutin vid omdirigering av ambulanstransporter inom VLL (Slutenvårdssamordnare 2012-05-04)
- ▶ Rapport kring Projekt balans (Landstingsdirektör 2012-10-18)
- ▶ Rutiner för hantering av överbeläggningssituation och vård på annan klinik vid NUS (Tjänstemannaledning 2013-05-14)
- ▶ Riktlinjer vårdplatssamordnare Medicincentrum (Verksamhetschef 2013-05-06)
- ▶ Öppethållandetider i landstinget sommaren 2013 (Oklart ansvarig & odaterat)
- ▶ PM Vårdplaneringsmöten NUS sommaren 2013 (Tjänstemannaledning 2013-05-30)
- ▶ Överbelägningsstatistik t o m april 2013 (Oklart ansvarig & odaterat)
- ▶ Uppdrag och regler Hälsoval Västerbotten 2013 – förfrågningsunderlag
- ▶ Aktivitetsschema vid ökande behov av vårdplatser inom VLL (Oklart ansvarig & odaterat)
- ▶ PM överbeläggning och utlokaliserade patienter (Verksamhetschef 2013-05-07)