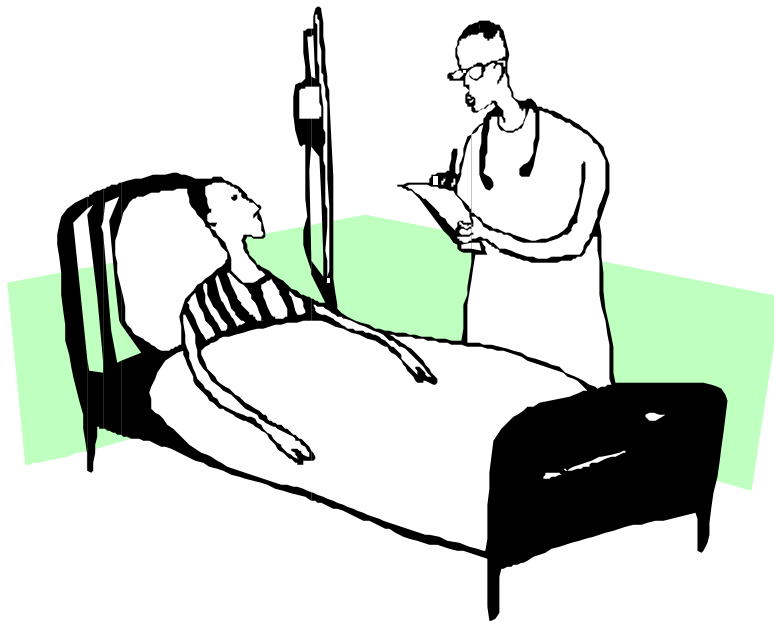


VÅRDPLATSER

Analys av vårdplatssituationen i Västra Götaland



Januari 2000
Reviderad version



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
ANALYS OCH UTVÄRDERING
Bengt Kron
Göran Östberg
Staffan Björck

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	4
SLUTSATSER.....	11
1. INLEDNING.....	13
2. UPPDRAGET.....	13
3. METOD.....	13
4. JÄMFÖRELSE MED ÖVRIGA SVERIGE OCH MED FÖRHÅLLANDEN I UTLANDET	15
5. MEDICINTEKNOLOGISK UTVECKLING OCH VÅRDKONSUMTION. REFERAT AV EN STATLIG UTREDNING.....	20
5.1 FÖRÄNDRINGAR I SJUKVÅRDSKONSUMTION	20
5.2 TAKTEN I DEN MEDICINTEKNOLOGISKA UTVECKLINGEN	21
5.3 TOLKNINGEN AV RESULTATEN UR KOSTNADSSYNPUNKT	21
5.4 FÄRRE VÅRDDAGAR MEN FLER INTAGNA PÅ SJUKHUS.....	23
5.5 BEDÖMNINGAR AV FRAMTIDEN.....	24
5.6 EXPERTBEDÖMNINGAR AV TEKNOLOGIUTVECKLING OCH BEHOV AV SLUTENVÅRD INOM OLIKA SPECIALITETER.....	26
5.7 DISKUSSION OCH SLUTSATSER I SOCIALSTYRELSENS RAPPORT	26
6. YRKESINSPEKTIONENS SYN PÅ ARBETSMILJÖN VID REGIONENS SJUKHUS.....	29
6.1 SAHLGRENSKA SJUKHUSET (SU)	29
6.2 NU- SJUKVÅRDEN.....	31
6.3 SKARABORGS SJUKHUS (SKAS).....	32
6.4 SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKHUS (SÄS).....	33
6.5 KUNGÄLVSS SJUKHUS.....	35
7. SOCIALSTYRELSENS UTREDNING OM BELÄGGNINGSSITUATIONEN VID MEDICINKLINIKERNA I SVERIGE, JANUARI 1999	36
8. REDOVISNING AV ENKÄTSVAR.....	38
9. MEDICINSKT FÄRDIGBEHANDLADE PATIENTER INOM SLUTEN SOMATISK VÅRD.....	63
9.1 LANDSTINGSFÖRBUNDETS INVENTERING DEN 26 MAJ 1999.	63
9.2 REGLER OM INFORMATIONSOVERFÖRING OCH SAMORDNAD VÅRDPLANERING FÖR MEDICINSKT FÄRDIGBEHANDLADE SAMT BETALNINGSANSVAR.....	64
10. VÅRDPLATSBEHOVET.....	69
10.1 OM BEGREPPET VÅRDPLATSBEHOV	69
10.2 TEORETISK MODELL.....	69
11. ATT MÄTA OCH JÄMFÖRA VÅRDPLATSBEHOVET	74
11.1 VÅRDPLATSERNA ÄR INTE LIKA OCH JÄMFÖRBARA.....	74
11.2 SLUTSATSER.....	75
11.3 BELÄGGNING.....	75
11.4 SAMMANFATTNING OCH BEDÖMNING AV BELÄGGNINGSBERÄKNINGAR	80
12. VÅRDPLATSERNAS FÖRDELNING INOM REGIONEN.....	81
12.1 VÅRDPLATSER I RELATION TILL NOMINELLT UPPTAGNINGSSOMRÅDE	81
12.2 VÅRDPLATSER I RELATION TILL REELLT UPPTAGNINGSSOMRÅDE.....	82
12.3 VÅRDPLATSER BERÄKNADE PÅ FAKTISK KONSUMTION	83
12.4 SAMMANFATTNING OCH KONKLUSION.....	85
13. JÄMFÖRELSEN SKARABORGS - SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKHUS	86

BILAGA 1	87
ANTAL INNELIGGANDE PATIENTER ÖVER ÅRET VID REGIONENS SJUKHUS 1997 (EXKLUSIVE PSYKIATRI)	87
BILAGA 2	89
INTERVJU MED BO BRESKY, SMITTSKYDDSLÄKARE.....	89
BILAGA 3	91
VAR FÅR KOMMUNERNAS BEFOLKNING SIN SJUKVÅRD?	91
KÄLLOR.....	92

SAMMANFATTNING

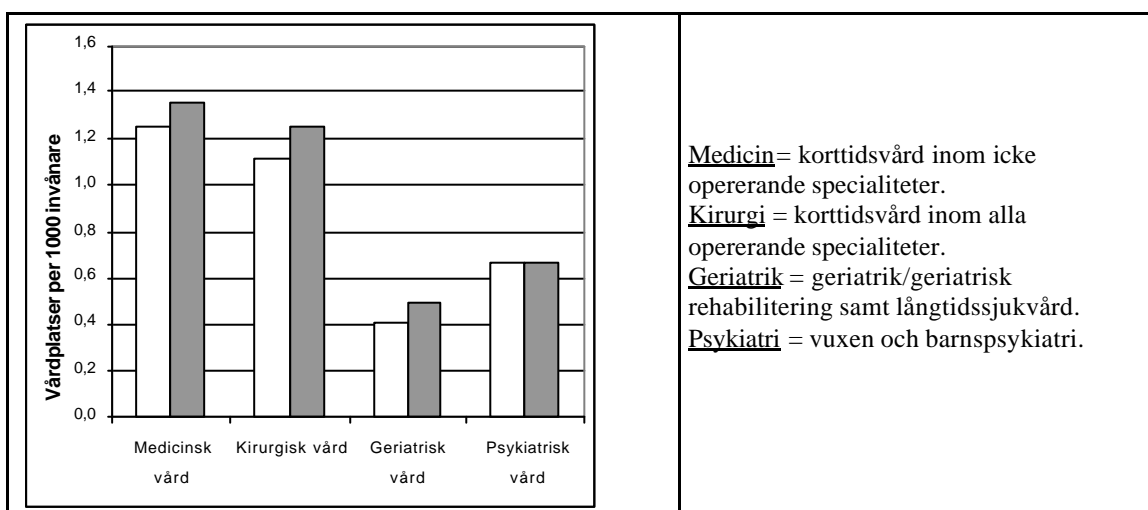
Antalet vårdplatser inom slutenvården har minskat kraftigt i Västra Götaland under 90-talet liksom i riket som helhet. Denna analys har tillkommit som ett led i hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att som en del av den strategiska planeringen ta fram en plan för hur regionen möter ett ökat behov av vårdplatser.

Denna sammanfattning summerar huvudpunkterna i respektive avsnitt i huvudrapporten.

Vårdplatser i regionen, i Sverige och internationellt

I ett internationellt perspektiv har Sverige få vårdplatser per invånare. Vårdplatserna i Västra Götaland har minskat kraftigt under perioden 1992 – 98 men förändringen skiljer sig inte från vad som skett i Sverige generellt.

Under perioden 1996-1998 fanns det något mer vårdplatser per 1000 invånare i Västra Götaland än genomsnittet för Sverige. Skillnaden mot riket gäller somatisk vård medan psykiatri har ett genomsnittligt antal vårdplatser (figur nedan).



Figur 1. Vårdplatser per 1000 invånare 1998 fördelade på olika kategorier. Genomsnitt för Sverige (ofylld stapel) och Västra Götaland (fylld stapel). Källa: Basårsstatistik 1998, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen.

Medicinteknologisk utveckling och vårdkonsumtion

Socialstyrelsens har gjort en analys av vårdkonsumtionen och dess förändring som utmynnar i en beskrivning och prognos gällande åren 1981 – 2011.

Det finns en långsiktig trend under 1980- och 1990-talen med en ökning av antalet vårdtillfällen medan antalet vårddagar minskat kraftigt. Kostnaderna för den slutna vården har inte minskat i samma takt som antalet vårddagar minskat på grund av att vården intensifierats och att kostnaderna per återstående vårddag ökat. Vidare har överföringen av vårdinsatser till öppnare vårdformer vid sjukhusen ställt krav på utökade resurser för mottagningsverksamheten.

Medelvårdtiderna inom somatisk korttidsvård har minskat från 8,7 dagar 1981 till 5,5 dagar år 1994 (1996 5,0 dagar, förf anmärkning).

Det framtida behovet av slutenvård inom olika specialiteter är svårbedömt. Takten i inflödet av nya metoder med nya möjligheter till diagnostik och behandling kommer antagligen att vara fortsatt hög. Många nya metoder kommer att minska behovet av vårdplatser medan andra skapar nya behandlingsmöjligheter med nya behov av vårdplatser.

Möjligheterna till ett minskat behov av slutenvård i framtiden torde vara något större inom opererande verksamheter än inom icke opererande verksamheter. För till exempel internmedicin kan man inte förvänta sig att den teknologiska utvecklingen leder till en sammanlagd minskning av utnyttjandet av slutenvård. De rationaliseringar som teknologiska framsteg leder till väntas mer än väl att tas i bruk av det ökande antalet äldre.

Yrkesinspektionens granskning av arbetsmiljön vid regionens sjukhus

Yrkesinspektionen har vid sin granskning av arbetsmiljön vid sjukhusen konstaterat brister av såväl specifikt arbetsställebundet som av övergripande natur som måste bero på brister i sjukhusens internkontrollsystem. Sjukhusen åläggs att redovisa rutiner för hur man fortlöpande kartlägger och följer upp personalens arbetsbelastning i både fysiskt och psykiskt avseende. Signalsystemen skall omfatta samtliga medarbetare/yrkeskategorier.

Sjukhusen skall också utarbeta riktlinjer och direktiv för hur arbetstagarna skall begränsa och prioritera arbetsuppgifter vid hög belastning. Dessa direktiv måste fortlöpande anpassas till rådande förhållanden.

För SU:s del tillkommer att sjukhuset åläggs att se till att de signalsystem som införts, används på avsett sätt. Yrkesinspektionen tar också upp frågan om system för beräkning av vårdplatser och ålägger SU att anpassa antalet vårdplatser till det patientantal man de facto har.

Socialstyrelsens kartläggning av beläggningssituationen i Sverige januari 1999

Socialstyrelsen har vid tillsyn av flertalet av medicinklinikerna i landet konstaterat att 20 % av besökta kliniker inte hade några överbeläggningar, 60 % av klinikerna hade överbeläggningar på en eller flera vårdavdelningar och resterande 20 % av klinikerna hade överbeläggningar på samtliga vårdavdelningar. Situationen vid de besökta avdelningarna beskrevs som alltifrån välorganiserade vårdmiljöer med ordning och reda, engagerad och erfaren personal till i undantagsfall närmast kaotiska scenarier.

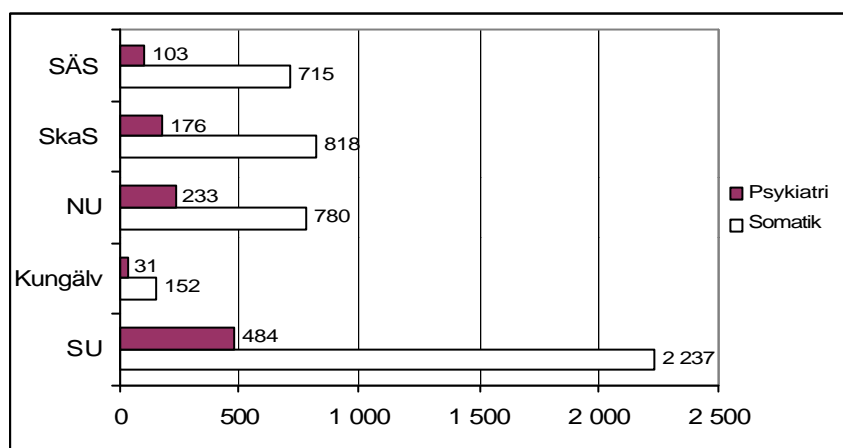
Socialstyrelsen redovisar också stora skillnader i styrningen av verksamheten. En tredjedel av verksamhetscheferna ger exempel på en aktiv, engagerad och förebyggande styrning av verksamheten i form av handlingsplaner och regler inför överbeläggningar, dagliga uppföljningar och analyser av beläggningssituationen, särskilda vårdplatssamordnare, samordning inom och mellan sjukhus etc. Resterande två tredjedelar av verksamhetscheferna ger exempel på en mer passiv och/eller reaktiv styrning av verksamheten.

I den sammanfattande bedömningen konstaterar Socialstyrelsen att det självfallet är otillfredsställande att varannan vårdavdelning måste ha en eller flera överbeläggningar för att tillgodose vårdbehoven. Även om just i denna studie inte konkret har visats att enskilda patienter farit direkt illa i medicinskt hänseende, är det sannolikt att risken här för ökar i det trängda läge som många medicinkliniker befinner sig i.

Sjukhusledningarnas enkätsvar

Hösten 1999 fanns det enligt enkätsvaren 4702 somatiska och 1027 psykiatriska vårdplatser i Västra Götaland.

Vårdplatserna fördelade sig på följande sätt mellan sjukhusgrupperna



Figur 2. I enkät uppgivet antal fastställda vårdplatser hösten 1999.

Endast Kungälvs sjukhus har redovisat det antal vårdplatser som sjukhuset disponerat per år.

Sjukhusen har i enkäten gjort bedömningar av om det föreligger jämvikt eller vårdplatsbrist inom enskilda specialiteter. SkaS skiljer ut sig från övriga sjukhus genom att man har jämvikt inom alla redovisade specialiteter. Vid övriga sjukhus visar svaren på en vårdplatsbrist inom invärtesmedicin inklusive neurologi samt inom allmänkirurgin. Jämvikt ses inom specialiteterna obstetrik inklusive gynekologi, reumatologi, öron-, näs- och halssjukdomar och ögonsjukdomar. Inom andra specialiteter är bilden mer splittrad, enstaka sjukhus anger brist, andra jämvikt.

I svaren redovisas att överbeläggningar har en rad negativa konsekvenser för såväl patienter som personal.

De sjukhus som har problem med överbeläggningar menar att bristen på vårdplatser är en orsak till detta. Andra orsaker till överbeläggningar är att kommunerna inte tar emot färdigvårdade patienter tillräckligt snabbt och att flödena inne på sjukhuset går för långsamt.

Flera sjukhus redovisar att man är i färd med att omfördela vårdplatser mellan kliniker

Alla sjukhus registrerar antalet vård dagar som avser medicinskt färdigbehandlade patienter och som ersätts av kommunerna. Vid NU-sjukvården fungerar dock registreringsrutinen dåligt. Problemet upplevs som stort. Man erhåller vård dagsersättning för cirka 32000 dagar (NÅL har uppskattats till 4400) i Västra Götaland vilket motsvarar cirka 90 vårdplatser.

Alla sjukhus har regelsystem för vad som skall göras respektive vem som har ansvaret i överbeläggningssituationer

Det finns sjukhusövergripande vårdplatsrapporteringssystem där lediga vårdplatser kan identifieras men systemen har varierande funktionalitet. Vid några sjukhus förefaller det fungera mindre bra.

Vid alla sjukhus förekommer det att patienter tillhörande en viss klinik/specialitet måste läggas på andra kliniker på grund av vårdplatsbrist. Sjukhusledningarna mäter i regel inte i hur stor utsträckning detta sker. Vid SÄS mäts antalet medicinpatienter som vårdas på annan klinik.

På fråga om hur den medicinska säkerheten garanteras då patienter ligger på "fel" klinik hänvisas i de flesta fall till den patientansvarige läkaren, verksamhetschefen samt till bakjouren. Sjukhusen har flera olika metoder, organisatoriska och/eller kompetensutvecklande, för att säkerställa patientens medicinska säkerhet i dessa situationer.

Inget sjukhus kan ange hur många operationer som skjutits upp på grund av vårdplatsbrist. Enligt Kungälv's sjukhus är det sällsynt att en operation skjuts upp på grund av vårdplatsbrist.

Flera sjukhus har utökat antalet vårdplatser, alternativt har planer på att göra detta. Flera sjukhus har pågående diskussioner med beställnings- och utvecklingsenheten rörande detta.

Vid de flesta sjukhus medger lokalförhållandena att antalet vårdplatser utökas förutsatt att den ekonomiska situationen tillåter det.

Alla sjukhus utom Skaraborgs Sjukhus bedömer att vårdplatsbehovet kommer att öka de närmaste 3 åren. Flera sjukhus nämner att behovet troligen kommer att vara störst inom internmedicin med närliggande specialiteter.

Chefläkarnas enkätsvar

Alla chefläkare anser att det finns negativa medicinska konsekvenser av vårdplatsbrist. Det gäller till exempel sänkt medicinsk säkerhet, ökad risk för infektioner, försämrat omhändertagande och otillfredsställda patienter och anhöriga.

Medicinskt färdigbehandlade

Det totala antalet medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk vård har kartlagts av Landstingsförbundet 1999. De utgjorde i maj 1999, 1400 patienter. Antalet har sjunkit från 3000 i mars 1992.

I Västra Götaland fanns 279 medicinskt färdigbehandlade patienter den 26 maj 1999, varav knappt en tredjedel väntade på geriatrisk vård. Särskilda geriatriska kliniker finns inom Västra Götalandsregionen endast inom SU, NU-sjukvården och Kungälv. Problemet med medicinskt färdigbehandlade är inte lika stort inom alla kliniker. Det är relativt sett vanligare inom internmedicin, geriatrik, rehabilitering, kirurgi och ortopedi. Undersökningen tyder på att utflödena från sjukhusen i Västra Götaland fungerar betydligt bättre än i riket som helhet.

Vårdplatsutnyttjandet för de medicinskt färdigbehandlade för vilka kommunens betalningsansvar har inträtt uppgår enligt vår kartläggning till ca 2% av samtliga vårdplatser. Trots att omfattningen av färdigbehandlade patienter i vården således är betydelsefull är det bara en mindre del av vårddagarna som kan påverkas av åtgärder inom ramen för nuvarande regelsystem. Mer betydelsefulla förändringar kan bara uppnås genom förkortning av tiden för betalningsansvarets inträde.

Vårdplatsbehovet

Behovet av vårdplatser är relativt. Det finns ingen exakt sanning om hur många vårdplatser ett sjukhus skall ha. Vårdplatsbehovet är inte bara en funktion av faktisk sjuklighet utan även sjukhusets organisation och inre vårdflöden. Behovet av vårdplatser styrs av inflödet till sjukhuset, hur vårdprocesserna utformas inne i sjukhuset och vilka faktorer som utlöser utskrivning.

Ett flertal faktorer påverkar inflödet till slutenvården däribland:

- Faktisk sjuklighet
- Medicinsk praxis och lokala traditioner rörande vilka som behöver läggas in
- Den medicinsk/tekniska utvecklingen
- Tillgången till alternativa vårdmöjligheter
- Den spontana variationen över tiden i sjuklighet
- Andra vårdnivåers hindrande – ”grindvaks-” effekt
- Tillgång till vårdplatser
- Eventuell brist på vårdplatser vid närliggande sjukhus

Ett optimalt patientflöde inom sjukhuset är beroende av andra funktioner såsom snabb service från t.ex. lab och röntgen. Vid patientflöden mellan olika avdelningar kan fördröjningar ske och ju fler vårdnivåer som skapas desto fler potentiella kösituationer uppstår. På ett sjukhus kan patienten vårdas på en och samma enhet under hela sjukdomstiden. Till exempel kan strokepatienten vårdas på samma avdelning och samma klinik trots att vårdens innehåll blir alltmer rehabiliterande. En annan modell innebär att patienten flyttar från akutkliniken till en rehabiliterande enhet då rehabiliteringsinnehållet i vården överväger. Det första alternativet återfinns framförallt på NU, SkaS och SÅS medan det andra till övervägande del ses på Kungälv och på SU. Således har inte bara antalet platser utan även hur dessa disponeras ett inflytande på vårdplatsbehovet.

Utflödet från sjukhuset beror av en rad faktorer såsom medicinsk praxis, tradition, kapacitet i den kommunala omsorgen, tillgång till vårdplatser och därmed incitament till utskrivning m.m.

Det finns stora variationer i antalet intagna över tiden. Det gäller säsongsvariationer, veckovariationer och variationer över dagen. Vissa av dessa variationer är sådana att de

till viss del kan förutses. Det gör att sättet på hur personalresursen utnyttjas påverkar sjukhusens möjligheter att effektivisera vårdplatsutnyttjandet.

Bed management är en term som syftar på aktiviteter syftande till optimalt platsutnyttjande. I begreppet ingår att ansvar och befogenheter för att hantera vårdplatsfrågor preciseras och att system upprättas för att hålla kontroll över belagda och lediga vårdplatser. Vidare innebär det att kvalitetsproblem som är relaterade till vårdplatsbrist kan följas upp. Vår kartläggning har visat att sjukhusens system för att hantera vårdplatsproblem är olika väl utvecklat.

God styrning kan således optimera vårdplatsutnyttjandet men det finns ändå ett för sjukhuset basalt vårdplatsbehov. Under denna nivå, som är specifik för varje verksamhet, kan en godtagbar medicinsk standard inte uppnås

Platsbrist i sig kan sannolikt orsaka effektivitetsförluster och ekonomiska följdverkningar. Det har nyligen beskrivits att vid en beläggning över 90 procent uppkommer genom spontana variationer i platsbehovet återkommande vårdplatskriser som blir väsentligt långvarigare än den tid som behovsökningen täcker.

Således styrs behovet inte bara av faktisk sjuklighet i befolkningen utan av en mängd andra faktorer som påverkar in- och utflöde från sjukhuset. Viktigast är sjukhusets inre organisation och hur organisationsrelaterade hinder bemästras.

Beläggning

Beläggning av vårdplatser fungerar inte alltid som ett mått på behovet av vårdplatser eftersom tillgången på vårdplatser styr såväl inflöde som utflöde från slutenvården. Däremot kan en hög beläggning vara en indikator på en brist på vårdplatser och/eller ett icke optimalt utnyttjande av vårdplatsresursen.

Beläggningskvoten är kvoten mellan utnyttjade platser och tillgängliga platser där båda talen måste ha stor grad av tillförlitlighet. Vid kartläggning av beläggningssituationen i regionen kan vi konstatera att

- vårdplatsuppgifter är otillförlitliga sannolikt på grund av olikheter i definitioner.
- redovisningar av vård dagar kan vara behäftade med betydande osäkerhet
- endast ett sjukhus på ett tillförlitligt sätt kunnat uppge inte bara fastställda vårdplatser utan även disponibla vårdplatser vilket är den tillförlitligaste grunden för beläggningsmätningar.

Beläggningskvoten har bara kunnat beräknas i förhållande till fastställda vårdplatser på grund av att sjukhusen, med undantag för Kungälvssjukhus, inte kunnat redovisa sina disponibla vårdplatser. Kungälvssjukhus har en beläggning beräknad på disponibla vårdplatser nära 100%. Övriga sjukhus har en beläggning mellan 80-85 procent. Beläggningsberäkningen för dessa sjukhus är baserad på fastställda vårdplatser. Uppskattningsvis är beläggningskvoten beräknad på disponibla vårdplatser mellan 5-20% högre.

Uppgifterna rörande beläggningskvoten vid de psykiatriska enheterna är ännu mer osäkra vilket gör att man inte kan dra några slutsatser. Beläggningsmått inom psykiatrin har dessutom inte samma relevans som inom somatiken eftersom permissioner kan vara ett viktigt inslag i behandlingen.

Vårdplatsernas fördelning inom regionen

Det är svårt att bedöma fördelningen av vårdplatser i förhållande till befolkningsunderlaget på grund av fria patientströmmar, remitteringsvägar och regions- och riksvård. Ett indirekt mått på befolkningens tillgång till vårdplatser är att analysera i vilken utsträckning olika områden av regionen faktiskt konsumerar vårddagar.

Befolkningens utnyttjande av vårddagar visas i nedanstående tabell. Från vårddagar har framräknats hur många vårdplatser som utnyttjats. Konsumtionen kan vara ett indirekt mått på hur många vårdplatser som finns tillgängliga i de respektive områdena men osäkrast är en sådan tolkning för de områden som har stora patientströmmar till angränsande sjukhus. I första hand Kungälv men i viss mån Södra Älvsborg.

Tabell 1.

Upptagningsområde	Vårddagar/1000 individer	”Vårdplatser”/1000 individer
Storgöteborg	1026	2,81
Norra Bohus + Norra Älvsborg	983	2,69
Skaraborg	998	2,74
Södra Älvsborg	871	2,39
Kommuner inom Kungälvs upptagningsområde	911	2,50
Genomsnitt	978	2,68

Källa: Västsvensk DRG-databas korrigerat med uppgifter från sjukhusgrupperna.

Olika beräkningssätt visar att det förefaller som om antalet vårdplatser i förhållande till befolkningsunderlag är lägst i Södra Älvsborg.

Även om tillgängliga datakällor har brister så visar analysen att konsumtionen av vårddagar är något högre inom stor-Göteborg och lägre i Södra Älvsborg än genomsnittet för regionen vilket talar för att i dessa områden har befolkningen en något större respektive mindre tillgång till vårdplatser. Jämförelsen gäller för 1997 vilket är det senaste år för vilket det finns gemensamma data. Sedan dess har de fastställda vårdplatserna ändrats med framförallt en minskning inom NU-sjukvården.

Slutsatser

I Västra Götaland har antalet vårdplatser vid sjukhusen halverats mellan 1992 och 1998. Utvecklingen har varit likartad i övriga Sverige. Västra Götaland har totalt något fler vårdplatser per invånare än genomsnittet för riket. Det gäller för såväl medicinsk, kirurgisk som geriatrisk vård. Inom psykiatrin överensstämmer vårdplatsantalet per invånare med riksgenomsnittet. I ett internationellt perspektiv har Sverige få vårdplatser per invånare.

Vårdplatsernas fördelning inom regionen är svårbedömd på grund av sjukhusgruppernas olikheter i vårdinnehåll och brister i källmaterial men det förefaller som om invånarna i i Södra Älvsborg har tillgång till ett lägre antal somatiska vårdplatser än genomsnittet för regionen.

I vårdplatshänseende är alltså Västra Götaland inte sämre ställd än andra regioner i Sverige. Samtidigt upplever många av regionens verksamheter, framförallt inom internmedicin och allmän kirurgi, en platsbrist och vissa uppfattar det som ett svårt problem. Flera enheter uppger allvarliga konsekvenser för medicinsk säkerhet, arbetsmiljö, infektionshygien och patienternas integritet. Det faktum att Västra Götaland inte är sämre lottat än övriga riket samtidigt som många verksamheter upplever vårdplatsbrist visar att vårdplatsproblematiken inte är begränsad till regionen.

Det finns ingen norm för hur många vårdplatser ett sjukhus skall ha. Även om samma arbetsuppgift skall utföras kan antalet vårdplatser variera. Behovet av vårdplatser är därmed relativt. Vårdplatsbehovet är en funktion av sjukhusets organisation och inre vårdflöden. Givet samma resurser skulle sjukhuset kunna organiseras på olika sätt och därmed skulle antalet vårdplatser kunna variera beroende på lösningen. Smittskyddsskäl och behovet att skydda patienternas integritet gör att behovet av och tillgången till isoleringsplatser/enkelrum bör analyseras vid de olika sjukhusen.

Sjukhusledningen är den instans som är bäst lämpad att avgöra antalet vårdplatser. Sjukhusledningarnas bedömning av vårdplatssituationen är olikartad vilket speglar sjukhusens olika sätt att lösa sin uppgift. Jämförelsen mellan Skaraborgs och Södra Älvsborgs sjukhus är ett exempel på att sjukhus med likartade ekonomiska ramar kan välja olika strategier; SkaS har väsentligt fler vårdplatser. Förutsättningarna är därför begränsade att göra en gemensam plan för hur regionen möter ett över tiden förändrat behov av vårdplatser.

Där det finns överbeläggningar uppger sjukhusen att den huvudsakliga förklaringen är resursbrist; andra förklaringar som ges är dåligt fungerande flöden inom sjukhuset eller till andra omhändertagandenivåer. Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter som väntar på kommunal sjukvård där kommunens betalningsansvar inträtt är förhållandevis litet. Därför kan inte åtgärder som syftar till att förbättra flödet till de kommunala vårdformerna ha stor påverkan på den totala vårdplatstillgången i regionen. Flödet till kommunen spelar däremot roll för enskilda specialiteter; det gäller framförallt internmedicin, geriatrik, ortopedi och kirurgi.

Platsbrist kan i sig sannolikt orsaka effektivitetsförluster. Det har nyligen beskrivits att vid en beläggning över 90 procent uppkommer genom spontana variationer i platsbehovet återkommande vårdplatskriser som blir väsentligt långvarigare än den tid som behovsökningen täcker. Vi menar därför att ett akutsjukhus totalt sett inte bör ha en ge-

nomsnittlig beläggning som överstiger 90 procent. Kungälvssjukhus, som är det enda sjukhus som kunnat redovisa beläggning per disponibel vårdplats, har en beläggning på 98 procent. Den framräknade beläggningen för övriga sjukhus avspeglar inte de faktiska förhållandena. Flera omständigheter talar för att sjukhusledningarnas styrning och kontroll av vårdplatsresursen är otillräcklig. Vid yrkesinspektionens granskningar har genomgående påtalats bristen på kontroll av arbetsmiljön. Kontroll av arbetsmiljön förutsätter att verksamheten kan styras.

Det är vanligast inom internmedicin med angränsande specialiteter att antalet vårdplatser inte svarar mot aktuella behov. En snabb ökning av antalet vårdplatser inom de verksamheter som upplever brist fordrar resurstillskott. Brister i kontroll och styrning av en av de viktigaste produktionsresurserna, vårdplatserna, talar för att resurstillskott inte är den enda åtgärden som kan förbättra situationen. De områden som kan vara föremål för översyn är inte bara vårdkedjor och optimering av patientflöden mellan vårdformer utan också omfördelning av vårdplatser mellan specialiteter och omfördelning av vårdplatser mellan vårdnivåer för att minimera byten av vårdform och behandlingsplats. Vidare bör det vid varje sjukhus finnas en läkare som ansvarar för de regler/rutiner/system som skall säkerställa patientens medicinska säkerhet vid vårdplatsbrist.

Denna rapport har på grund av rapporteringsfel från ett sjukhus givits ut i två versioner. Detta är den andra, rättade versionen. Den rättade omtryckta rapportversionen har distribuerats till samtliga mottagare av ursprungsrapporten.

1. INLEDNING

Förändringarna inom sjukvården under den senaste 10-årsperioden har varit mycket stora. Den ekonomiska nedgången under 1990-talets första hälft har varit den enskilt främsta drivkraften för att åstadkomma dessa förändringar. Men förändringarna har också orsakats av andra orsaker, till exempel den medicinteknologiska utvecklingen. Den massmediala uppmärksamheten har ofta riktats mot sjukvården. Ett av de vanligaste skälen till detta intresse är och har varit tidningsartiklar och inslag i radio och TV som beskriver trängseln på sjukhusens vårdavdelningar. Personalen har under denna förändringsperiod varit utsatt för ett hårt tryck. Från flera håll finns det klagomål om bristande arbetsmiljö i form av alltför hög arbetsbelastning, stress, otillräcklighetskänslor och utbrändhet.

I januari 1999 gjorde Socialstyrelsens regionala enheter en undersökning om beläggningssituationen vid landets medicinkliniker. Man gjorde oanmälda besök vid 63 av landets sjukhus. Undersökningen refereras mer i detalj längre fram i rapporten men sammanfattningsvis fann man att hälften av klinikerna hade överbeläggningar. Sjukhusen i Göteborgs- och Umeåregionerna hade något större andel överbeläggningar än sjukhusen i övriga sjukvårdsregioner.

2. UPPDRAGET

Regionfullmäktige beslöt vid sitt sammanträde den 7-8 december 1998 ” att uppdra åt hälso- och sjukvårdsstyrelsen att i samband med budgetarbetet för budget 2000 arbeta fram en plan för hur regionen möter ett ökat behov av vårdplatser”.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen gav vid sitt sammanträde 1999-03-24 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag ”att genomföra en strategisk planering mot bakgrund av regionfullmäktiges beslut om att dels ta fram en plan för hur regionen möter ett ökat behov av vårdplatser och dels analysera fördelningen av personalens arbetstid.”

Inom styrelsens kansli har denna analys genomförts inom enheten för analys och utvärdering, enhetschef Christer Yngveson har varit ansvarig. Utredningsarbetet har utförts av Bengt Kron, Göran Östberg (utredningsenheten) och Staffan Björck. Sekreterare Gunilla Johansson har svarat för enkätsammanställningarna och utformat rapportens layout.

3. METOD

Utredningsarbetet har bedrivits under perioden oktober – december 1999.

I mitten av oktober skickades enkäter ut till vart och ett av sjukhusen i regionen. En del av enkäten riktades till sjukhusledningen och en annan till chefläkaren.

Ett stort antal dokument har beställts från sjukhusen och från yrkesinspektionen.

För att få perspektiv och infallsvinklar på hur utredningen skulle bedrivas intervjuades vid starten ett antal resurspersoner. De som intervjuades var chefläkare Inger Fogelberg,

NU-sjukvården, chefsjuksköterska Kerstin Mouchard, Skaraborgs Sjukhus, planeringschef Björn Gustafsson, Södra Älvsborgs Sjukhus och överläkare Bengt Widgren, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska.

Regionens smittskyddsläkare Bo Bresky har också intervjuats.

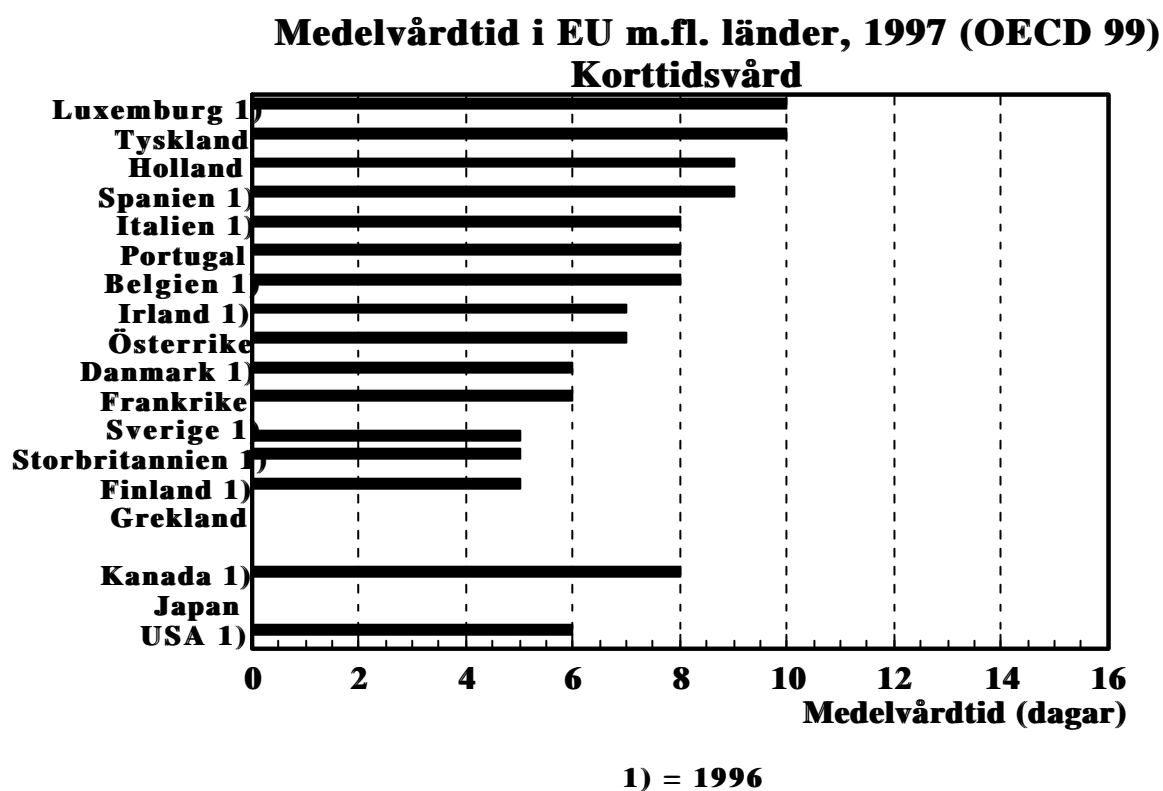
För att jämföra sjukvårdsproduktion och sjukvårdskonsumtion har sammanställningar och bearbetningar gjorts av 1997 års regiondatabas. Vid beräkningar av vårddagar har in- och utskrivningsdag räknats som en vårddag.

4. JÄMFÖRELSE MED ÖVRIGA SVERIGE OCH MED FÖRHÅLLANDEN I UTLANDET

Medelvårdtider

Sjukvårdens ansträngningar under 1990-talet har till stora delar inriktats på att öka flödes hastigheten vilket medfört att medelvårdtiderna sjunkit inom hela den svenska slutenvården.

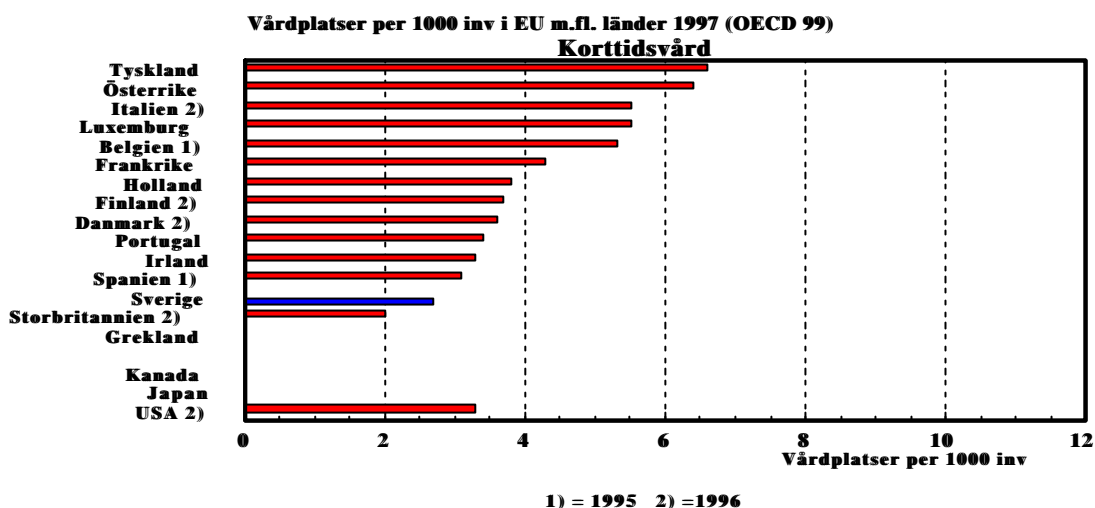
Sett i internationellt perspektiv har Sverige korta medelvårdtider, vilket visats av en OECD-rapport som publicerats 1999. Figuren nedan visar att Sverige 1997 jämte Storbritannien och Finland har kortast vårdtid i Europa.



Figur 3. Medelvårdtiden i EU med flera länder år 1997 (Källa: Några fakta om svensk hälsa och vård i ett internationellt perspektiv, Landstingsförbundet 1999).

Vårdplatser per invånare

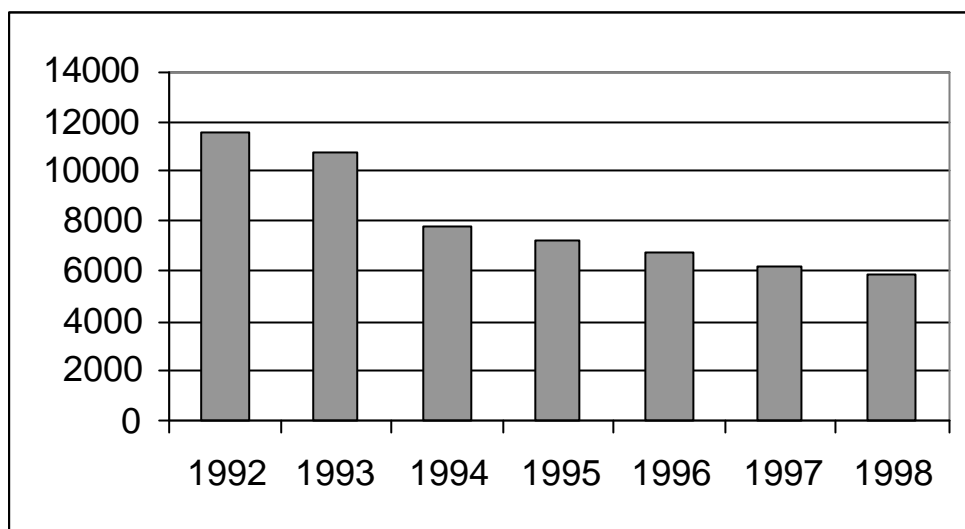
Ett sätt att värdera antalet vårdplatser är att sätta vårdplatserna i relation till befolkningen. Sett i ett internationellt perspektiv har Sverige få vårdplatser per invånare.



Figur 4. Vårdplatser per 1000 invånare (Källa: Några fakta om svensk hälsa och vård i ett internationellt perspektiv, Landstingsförbundet 1999)

Det är endast Storbritannien som i Europa har färre antal vårdplatser per invånare än Sverige.

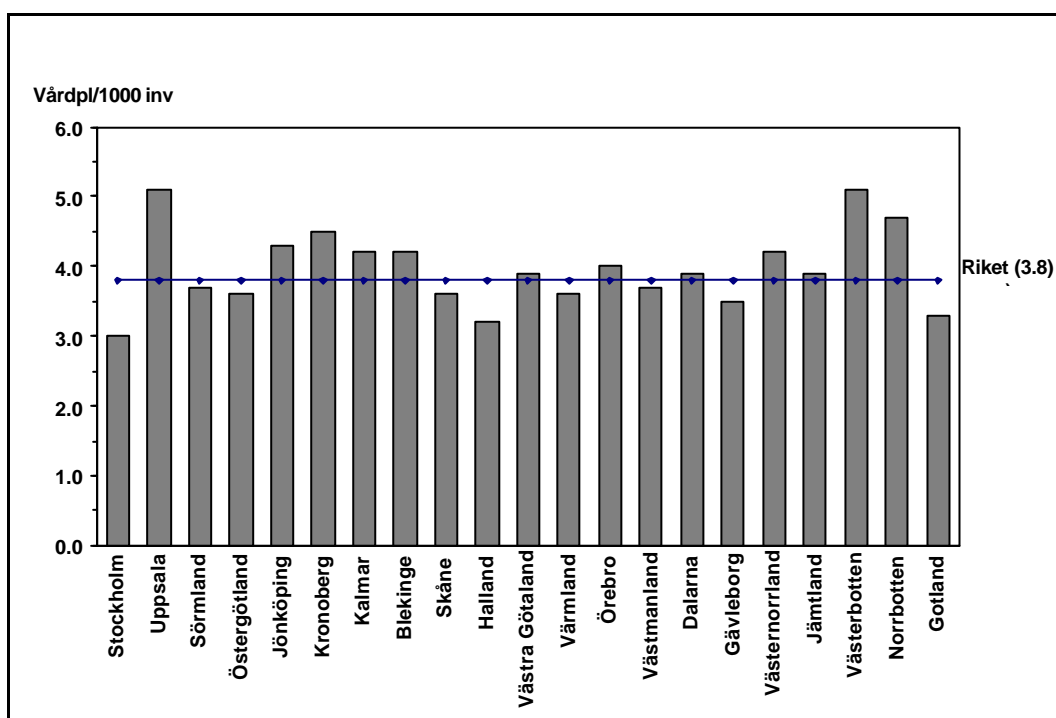
Möjligheterna att skriva ut patienter inom somatiken förändrades avsevärt i och med Ädelreformen. Före reformen var vårdtiderna mycket långa och akutsjukvårdens sängar upptogs till relativt stor del av patienter som bättre kunde ha vårdats inom andra delar av sjukvården. Numera har kommunernas sjukvård stora möjligheter att ta emot de patienter som är färdigvårdade inom akutsjukvården. Vid årsskiftet 1991/92 verkställdes Ädelreformen och därmed flyttades ett stort antal vårdplatser över till kommunerna. För Göteborgs del skedde Ädelväxlingen 1993/94. Nedanstående figur beskriver utvecklingen efter Ädelreformen.



Figur 5. Totalantalet vårdplatser i Västra Götaland under perioden 1992 – 1998. (Källa: Basårsstatistik 1992 – 1998, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen).

Under perioden har vårdplatserna halverats. Den sena Ädelväxlingen i Göteborg förklarar delvis att minskningstakten var störst de första åren. Takten i minskningen har efterhand avtagit men även mellan 1997 och 1998 fortsatte reduktionen.

Hur förhåller sig Västra Götaland till Sverige? Nedanstående figur beskriver antal vårdplatser per 1000 invånare år 1998.



Figur 6. Vårdplatser per 1000 invånare 1998 för samtlig vård. Sjukvårdshuvudmännens egna vårdplatser. (Källa: Basårsstatistik 1998, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen)

Genomsnittet för riket är 3,8 vpl per 1000 invånare och Västra Götaland 3,9 vpl per 1000 invånare.

Tabell 2. Totalantal vårdplatser per 1000 invånare under perioden 1992-1998. (Källa: Basårsstatistik 1992 – 1998, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sverige	6,7	6,1	5,2	4,8	4,3	3,9	3,8
Västra Götaland	7,8	7,2	5,2	4,8	4,5	4,1	3,9

Tabellen ovan beskriver utvecklingen från 1992. Totalantalet vårdplatser/1000 invånare i Västra Götaland har inte vid något tillfälle under perioden legat under riksgenomsnittet. Totalantalet vårdplatser säger dock inget om den relativa vårdplatstillgången inom olika specialiteter. Trots att Västra Götaland inte avviker vad gäller totalantal kan fördelningen mellan till exempel medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård skilja sig från riksgenomsnittet. Vi återkommer till den frågeställningen nedan.

Sammanfattningsvis finns det inget som tyder på att totalantalet vårdplatser är färre i Västra Götaland än i andra delar av landet.

Vårdplatser ur specialitetsperspektiv

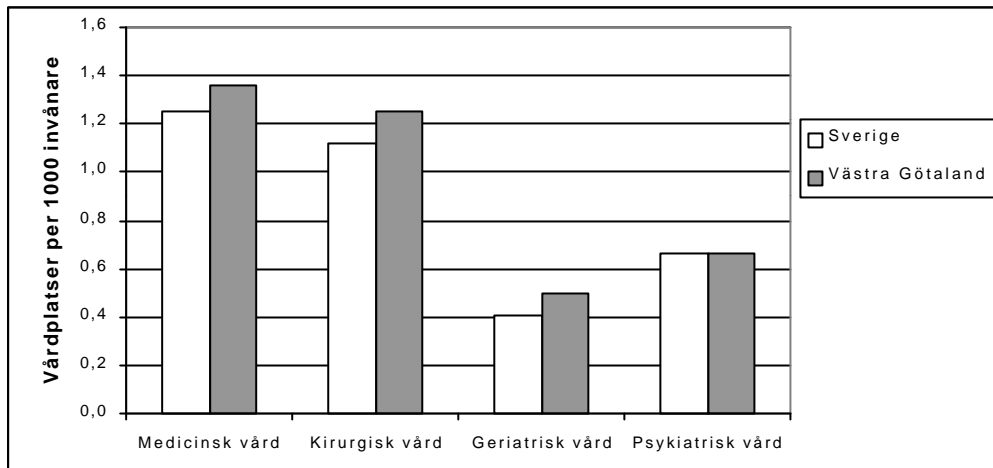
I statistiksammanställningen Basårsstatistik från Landstingsförbundet och Socialstyrelsen redovisas landstingens vårdplatser inom 4 olika specialitetskategorier; medicinsk och kirurgisk korttidsvård, geriatrisk och psykiatrisk vård.

I medicinsk korttidsvård ingår följande specialiteter: internmedicin, lungmedicin, reumatologi, neurologi, endokrinologi, gastroenterologi, hjärtsjukvård, njurmedicin, yrkesmedicin, infektionsjukvård, barnmedicin, hud- och könssjukvård samt allmän och gynekologisk tumörsjukvård.

I kirurgisk korttidsvård ingår: allmän kirurgi, ortopedisk kirurgi, neurokirurgi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi, urologisk kirurgi, barnkirurgi, handkirurgi, förlossningsvård, gynekologi, ögonsjukvård och öron-, näs- och halssjukvård.

I geriatrisk vård ingår geriatrisk/geriatrisk rehabilitering samt långtidssjukvård.

I psykiatrisk vård ingår allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri.



Figur 7. Vårdplatser per 1000 invånare år 1998 i Sverige samt i Västra Götaland. (Källa: Basårsstatistik 1998, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen).

Figuren visar att Västra Götaland har något fler vårdplatser inom medicinsk, kirurgisk och geriatrisk vård.

5. MEDICINTEKNOLOGISK UTVECKLING OCH VÅRDKONSUMTION. REFERAT AV EN STATLIG UTREDNING

Vilka effekter kan man förvänta sig av en förändrad åldersstruktur på efterfrågan av sjukvård i framtiden? Hur kommer ny medicinsk teknologi att påverka utbudet och utnyttjandet av vård i framtiden? (Med medicinsk teknologi menas här preventiva, diagnostiska och terapeutiska medicinska metoder i vid mening. Begreppet inkluderar således användning av läkemedel, medicinteknisk apparatur och procedurer.)

Dessa två centrala frågor måste besvaras vid bedömning av resursbehovet i hälso- och sjukvården de kommande åren. Frågorna belyses i en rapport som utarbetats av Socialstyrelsen på uppdrag av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering - HSU 2000. Den är en omarbetning av och uppdatering av en tidigare publicerad rapport SOU 94:86 som byggde på data fram till 1991. I den nya rapporten ingår data till och med 1994.

Nedan redovisas endast ett sammandrag av rapporten. Rapporten, som är daterad 1996-12-12, finns i sin helhet tillgänglig på adress: www.sos.se/mars/.

Bedömningar av framtiden är alltid osäkra och det gäller särskilt hälso- och sjukvården som genomgår stora organisatoriska och teknologiska förändringar. Ett sätt att förbättra underlaget är att lära sig av historien med hjälp av systematiska analyser av tillgänglig sjukvårdsstatistik. I studien analyseras med hjälp av det nationella vårdregistret det komplexa sambandet mellan införande av ny medicinsk teknologi och utnyttjandet av slutenvård i olika åldersgrupper.

Syftet med studien är att på nationell nivå belysa förändringar i utnyttjandet av slutenvård som korttidsvård under en längre period samt diskutera behovet av slutenvård fram till år 2011. Särskilt förändringar i vårdkonsumtion inom olika specialiteter och diagnosgrupper liksom användning av kirurgiska åtgärder relaterat till patienternas ålder är av intresse. Vidare diskuteras sambandet mellan införandet av nya medicinska metoder och vårdutnyttjande i olika åldersgrupper och dess konsekvenser på behovet av sjukhusvård.

5.1 Förändringar i sjukvårdskonsumtion

5.1.1 Äldres vårdkonsumtion ökade mest under 1980-talet

I tidigare svenska studier har man funnit att största delen av de resurser som tillförts sjukvården under perioden 1975-1985 utnyttjats av den äldre delen av befolkningen. Det framgår vidare att ökade sjukvårdskostnader för de äldre inte enbart kan förklaras av att de blivit fler under perioden. Resultaten tyder dessutom på att kostnaderna har ökat inom varje åldersgrupp.

Det finns flera förklaringar till varför de äldres totala vårdutnyttjande ökade under 1980-talet. En viktig faktor är demografiska förändringar. Andra förklaringar är ett ändrat sjukdomspanorama och införande av för patienten skonsammare medicinska metoder vilka gör det möjligt att erbjuda allt äldre patienter en aktiv behandling. Ytterligare en förklaring till ökningen av äldres vårdkonsumtion är att det faktiskt skedde ett tillskott

av resurser till sjukvården som tillsammans med ändrade attityder till aktiva insatser för äldre skapade bättre möjligheter att även erbjuda äldre patienter kurativt syftande behandlingar. En ännu viktigare förklaring är förbättrade möjligheter att hantera komplikationer i samband med kirurgiska ingrepp eller andra behandlingars sideeffekter. Det faktum att befolkningens hälsa förbättrats under en lång rad av år och att den förväntade livslängden ökat bör rimligtvis också innebära att antalet kurativt syftande behandlingsinsatser förskjuts uppåt i åldrarna.

5.2 Takten i den medicinteknologiska utvecklingen

En annan central frågeställning är om den teknologiska och organisatoriska utvecklingen inom hälso- och sjukvården är konstant eller om det sker språngvisa utvecklingssteg. Ett område som tycks illustrera det senare gäller överföringen av elektiv kirurgi från slutenvård till dagkirurgi eller poliklinisk verksamhet. Utvecklingen de allra senaste åren bekräftar att det skett en snabb utbyggnad av dagkirurgi. Hur stor del av denna ökning som motsvaras av en minskad verksamhet i slutenvård är för närvarande svårt att överblicka. Vid sidan av utvecklingen av enskilda teknologier förändras sjukhusens struktur och organisation, vilket sammantaget leder till att vården på sjukhusen intensifieras. Detta kan bland annat avläsas i form av högre kostnad per vårddag och förkortade medelvårdtider.

5.3 Tolkningen av resultaten ur kostnadssynpunkt

I studien diskuteras hur förändringar i vårdutnyttjandet mätt i vårddagar och intagningar kan tolkas och vilka effekter det kan ha på kostnaderna för slutenvården.

Ett förändrat antal vårddagar för en viss diagnos i en definierad åldersgrupp kan vara en effekt av både ett ändrat antal intagningar och/eller kortare vårdtider. I en del fall tar dessa effekter ut varandra, d.v.s. kortare vårdtider innebär att flera patienter kan tas in på sjukhus utan att den totala volymen vårddagar förändrats. Färre intagningar för en viss sjukdom kan orsakas av en minskad sjuklighet i befolkningen, färre personer i denna åldersgrupp, ändrade indikationer eller överföring av behandlingen till öppen vård.

Om man dessutom önskar få en uppfattning om hur kostnaden kan påverkas som en följd av förändringar i vårdkonsumtionen blir bilden ännu mer komplicerad. Kostnadsutvecklingen i sjukvården är inte enbart en funktion av volymen mätt i vårddagar eller besök. Den påverkas dessutom av intensiteten i vården och prisutvecklingen, d.v.s. mängden åtgärder och kostnaden för respektive åtgärd.

Tabell 3. Resursförändring i direkta sjukvårdskostnader för olika sjukdomar under perioden 1960-1992, (Ett fåtal diagnoser som inte förekommer bland äldre har ej medtagits i denna sammanställning).

	TOTALKOSTNAD			
		MINSKAD	OFÖRÄNDRAD	ÖKAD
Kostnad för ett typfall	MINSKAD	Lungtuberkulos Magsår Gallsten Underbensfraktur Prostataförstoring Höftfraktur Klaffel	Astma	Grå starr Livmoderhalscancer
	OFÖRÄNDRAD		Schizofreni Äggstockscancer	Ändtarmscancer Bröstcancer Grön starr
	ÖKAD			Lungcancer Lunginsufficiens Stroke Uremi Hjärtinfarkt Kranskärlskirurgi Prostatacancer Näthinneavlossning Försliten höft Lymfatisk leukemi

Källa: SBU, 1995 Bearbetning baserad på den andra omgången

En bedömning av resursförändringar för ett antal diagnoser mellan 1960 och 1992, gjord av en expertpanel på uppdrag av SBU, visar att förändringarna gått i olika riktningar.

Tabellen visar att för knappt hälften av de utvalda diagnoserna bedömer expertpanelen att ny teknologi och vissa fall ändrad sjuklighet har inneburit en ökad kostnad för typfallet. I tio fall bedömer man att det skett en minskning av direkta kostnader. Trots detta och oförändrade kostnader i fem fall, anser man att den totala resursförbrukningen ökat i hälso- och sjukvården för 15 av 25 diagnoser.

Även om dessa bedömningar är osäkra då empiriska data om kostnader och volymer saknas inom flera områden är ändå sammanställningen en bra illustration av samspelet mellan teknologiska förändringar, effekter på vårdutnyttjande och totala kostnader. De valda exemplen visar bland annat att en stor del av produktivetsförbättringarna i sjukvården leder till både större volymer och högre totala kostnader.

5.4 Färre vårddagar men fler intagna på sjukhus

Sedan början av 1980-talet har utnyttjandet av slutenvård minskat. Inom alla sektorer har öppna vårdformer blivit allt vanligare samtidigt som synen på vårdtidens längd i samband med intagningar på sjukhus förändrats. Detta har resulterat i en kontinuerlig förkortning av medelvårdtider under de senaste 15 åren. I en del fall har tidigare sammanhållna vårdtillfällen delats upp i två eller flera tillfällen vilket innebär att patienternas sammanlagda tid på sjukhuset inte minskat i samma utsträckning. Men huvudsakligen har tiden på sjukhus av olika anledningar kunnat minskas.

Tabell 4. Medelvårdtid för olika år inom några utvalda klinikområden och totalt för somatisk korttidsvård. Dagar.

Klinikområden	1981	1986	1991	1994
Internmedicin	10,8	8,9	7,8	6,1
Hud	20	17,6	16,1	13,6
Neurologi	14,8	11,6	9,8	9,1
Allmänkirurgi	8,5	7,7	6,3	5,2
Ortopedi	10,8	10	8,5	6,9
Toraxkirurgi	10,6	8,9	8,2	7,8
Urologi	8	7,4	6,2	5,1
Ögon	6,4	4,7	3,5	3,1
Öron-näsa-hals	4,8	5,3	3,3	2,7
Gynekologisk onkologi	5	4,7	4	3,3
Somatisk korttidsvård	8,7	7,6	6,5	5,5

Tabellen visar att medelvårdtiden minskade inom samtliga utvalda klinikområden mellan 1981 och 1994. Det totala antalet utnyttjade vårddagar i olika åldersgrupper är en produkt av antalet individer, intagningar och medelvårdtid respektive år. Trots en ökning av antalet intagningar för hela sektorn somatisk korttidsvård minskade antalet vårddagar som en följd av kortare vårdtider. Antalet vårddagar sjönk i alla åldersgrupper. Denna utveckling är särskilt uttalad mellan 1991 och 1993 i de äldsta åldrarna d.v.s. de år Ädelreformen började genomföras.

Antalet vårddagar per capita minskar stadigt i alla åldrar sedan 1981. I de allra äldsta åldersgrupperna är det frågan om mycket stora reduktioner mellan 1991 och 1994. I dessa grupper har den relativa förkortningen av vårdtider varit störst. I tabell redovisas utvecklingen av medelvårdtider för olika åldersgrupper.

Tabell 5. Medelvårdtid i somatisk korttidsvård olika år uppdelat efter ålder. Dagar.

	-19	20-44	45-64	65-74	75-84	85-94	95-
1981	5	6	8	11	14	18	1)
1986	4	5	7	9	11	14	14
1991	4	4	6	8	9	11	13
1992	4	4	6	7	9	9	10
1994	4	4	5	7	8	8	7

1) Felaktigt registervärde

Vårdtiderna ökar som förväntat med åldern inom respektive år, men minskade i de flesta åldersgrupper mellan åren. Det har skett en tydlig utjämning då vårdtiderna sjunkit mest i de äldsta grupperna. En stor nedgång sedan 1991 på tre dagar i gruppen 85-94 år och hela sex dagar i gruppen 95 år och äldre är antagligen till stor del en effekt av det ändrade kostnadsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter som skedde när Ädelreformen trädde i kraft 1992. Antalet observationer i den allra äldsta åldersgruppen är dock alltför få för att man skall kunna dra några säkra slutsatser.

På en övergripande organisatorisk nivå är det med några få undantag, t.ex. ögon, thoraxkirurgi, urologi och allmänkirurgi, svårt att fastställa vilken betydelse teknologiska förändringar haft på utvecklingen i slutenvården. Den pågående subspecialiseringen och andra kliniskindelningar på grund av organisatoriska förändringar bidrar till detta. Minskningen av medelvårdtiden inom så gott som alla klinikområden tyder på att det är en kombination av en allmän omvärdering av vårdtidens längd, ett bättre utnyttjande av resurser (intensivare vård), överföring av åtgärder i öppna vårdformer och införande av mindre vårdkrävande metoder som starkt bidragit till kortare vårdtider. Sverige har under denna period närmat sig de korta medelvårdtider som man sedan länge haft i USA för jämförbara patientgrupper. Korta medelvårdtider är inte liktydigt med hög effektivitet, utan denna utveckling bör följas med stor uppmärksamhet. Det finns en risk för försämringar i vårdkvaliteten. Hittills har det dock inte varit möjligt att belägga kvalitetsförändringar på gruppnivå.

Den andra långsiktiga utvecklingen har varit en ökning av antalet vårdtillfällen i alla åldersgrupper i befolkningen och särskilt uttalad i de äldsta grupperna under 1980-talet. Nya metoder spelar säkert en stor roll för denna utveckling. Det har skett en allmänt förändrad inställning till behandling av äldre patienter. Under slutet av perioden men framför allt under 1990-talet har ökningen av antalet intagna bland de äldre avstannat och till och med minskat kraftigt bland de allra äldsta. Ädelreformen har tydligen även haft effekter på antalet intagna äldre patienter i slutenvård.

5.5 Bedömningar av framtiden

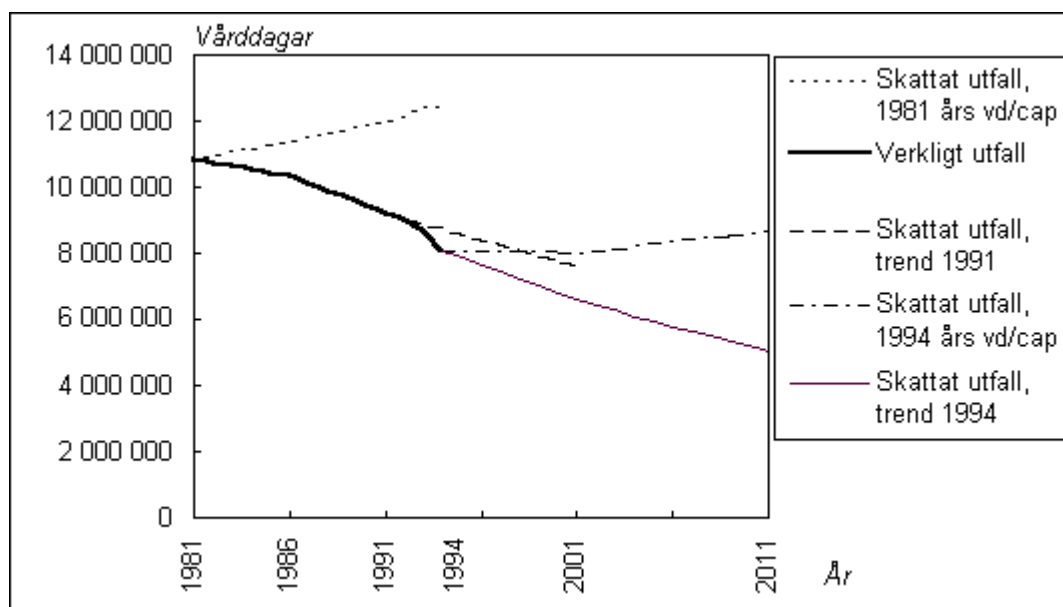
Det är givetvis mycket svårt att med säkerhet kunna förutse framtida innovationer inom medicinen liksom hur pågående organisatoriska och strukturella förändringar kommer att påverka behovet av slutenvård. Den historiska utvecklingen kan ge vissa indikationer om hur framtiden kan tänkas gestalta sig. I studien har gjorts en kvantitativ framskrivning av behovet av slutenvård (i vård dagar) fram till år 2011 med hänsyn tagen till demografiska förändringar.

5.5.1 Demografi och behovet av slutenvård

Analysen av somatisk korttidsvård mellan åren 1981 och 1994 visar att behovet av slutenvård i termer av antal utnyttjade vård dagar minskat. Ett ökat behov av slutenvård på grund av att antalet äldre blivit fler har uppvägs av ny teknologi och nya arbetsformer. När behovet av slutenvård fram till år 2011 skall bedömas är förändringar i befolkningens åldersstruktur en viktig komponent. I SCB:s befolkningsprognos från 1994 redovisas antalet individer i olika åldersgrupper år 1991, 2001 och 2011 (prognos). Sammanställningen visar att andelen individer över 65 år inte kommer att öka. Däremot kan vi vänta oss en ökning av antalet individer äldre än 75 år. Till antalet är det dock fråga om en liten ökning.

Uppföljningen av antalet utnyttjade vård dagar i slutenvård per individ mellan 1981 och 1994 visar att konsumtionen per capita har minskat i alla åldrar. I studien har man gjort en trendmässig framskrivning utifrån utvecklingen 1981-86, 1986-91, och 1991-94. Man har dock gjort bedömningen att den kraftiga minskningen av vård dagskonsumtionen för åldrarna över 85 år mellan 1991 och 1994 var en engångseffekt av Ädelreformen. Därför har man gjort ett konservativt antagande om ett mycket måttligt minskat behov av slutenvård fram till år 2011 för denna åldersgrupp.

Med utgångspunkt i SCB:s befolkningsprognos och den beräknade utvecklingen av konsumtion per capita har man skattat det förväntade totala antalet vård dagar inom somatisk korttidsvård för perioden 1995 till 2011. Figur 8.



Figur 8. Antal vård dagar inom somatisk korttidsvård totalt. Verkligt utfall 1981-1994, skattat utfall för 1995-2011 samt skattat utfall 1982-1994 och 1995-2011 baserat på utnyttjandet av slutenvård 1981 och 1994.

Den översta prickade linjen mellan 1981 och 1994 visar det beräknade utnyttjandet av vård dagar med 1981 års teknologi dvs om vård dagskonsumtionen per individ varit densamma fram till och med 1994 som den var 1981.

Den nedre streckade linjen mellan 1995 och 2011 visar den skattade trenden med hänsyn tagen till befolkningsförändringar och med antagande om en fortsatt medicinsk och organisatorisk utveckling, som minskar behovet av slutenvård per invånare i samma takt som under 1981-1994. Under förutsättning att antagandena i studien skulle stämma kommer antalet vård dagar att minska och vara cirka 3,1 miljoner lägre år 2011 jämfört med antalet år 1994. Det motsvarar en minskning av 180 000 vård dagar eller 2 procent per år. Den övre streckade linjen mellan 1995 och 2011 visar den förväntade utvecklingen vid ett antagande om en oförändrad teknologinivå, dvs enbart effekten av befolkningsförändringar. Behovet av slutenvård kommer då att öka måttligt fram till år 2011.

Det framgår av figuren att vårddagsutnyttjandet minskat särskilt kraftigt mellan 1991 och 1994. Den bedömning som man gjorde i sin tidigare rapport (Socialdepartementet, Teknologi och vårdkonsumtion inom slutna somatiska korttidsvård 1981-2001. SOU 1994:86) på basis av 1991 års data att antalet vårddagar skulle minska med 1,5 miljoner under hela 1990-talet har antagligen redan inträffat. Över en längre tidsperiod är det inte möjligt att minska utnyttjandet av slutna vård snabbare än vad den teknologiska utvecklingen möjliggör utan att kvaliteten i vården försämras.

5.6 Expertbedömningar av teknologikutveckling och behov av slutenvård inom olika specialiteter

För att ge underlag till bedömningar om den medicinska och organisatoriska utvecklingen de närmaste åren har experter inom olika områden ombetts ge sina personliga uppfattningar om utvecklingen inom sina respektive områden. Framtidsbedömningar är av naturliga skäl osäkra. Möjligheterna till ett minskat behov av slutenvård torde dock generellt vara något större inom opererande verksamheter än inom icke opererande verksamheter. För t.ex. internmedicin kan man inte förvänta sig att den teknologiska utvecklingen leder till en sammanlagd minskning av utnyttjandet av slutna vård. De rationaliseringar som teknologiska framsteg leder till väntas mer än väl att tas i bruk av det ökande antalet äldre.

5.7 Diskussion och slutsatser i Socialstyrelsens rapport

Vårdutnyttjandet inom slutna somatiska korttidsvård minskade kraftigt mellan 1981 och 1994 vilket resulterade i färre vårdplatser och stängning av vårdavdelningar på sjukhusen. Minskningen av antalet vårddagar har varit möjlig tack vare kortare medelvårdstider. Medelvårdstiderna har blivit kortare inom alla medicinska områden. Denna utveckling var påtaglig i början av 1990-talet bland annat som en effekt av Ädelreformen.

Antalet intagningar på sjukhus har ökat något. Över en längre tidsperiod har den äldre delen av befolkningen konsumerat en allt större andel av den slutna somatiska korttidsvården. Ett undantag är de allra äldsta över 95 år som minskat sin vårdkonsumtion för vissa diagnoser under 1990-talet. De viktigaste orsakerna bakom den relativa ökningen av vårdutnyttjande bland äldre under 1980-talet var nya och skonsamma metoder, vidgade indikationer för behandling och ändrad inställning till behandling bland patienter och vårdpersonal.

Slutsatsen att det skett en omfördelning under 1980-talet av vård från yngre till äldre patienter kvarstår även när man tar hänsyn till förändringar i ålderssammansättningen i befolkningen. Under början av 1990-talet minskade dock ökningstakten för de äldres vårdkonsumtion och det finns exempel på kraftig ökning av antalet operationer framför allt i åldrarna 45-65 år.

Överflyttningen av operationer från slutna vård till dagkirurgi eller andra former av öppen vård är i huvudsak en effekt av ändrade ekonomiska styrformer, ett ökat tryck på rationaliseringar och en allmän fokusering på denna möjlighet. Effekten av teknologiska genombrott är antagligen av mindre betydelse som förklaring av de exceptionella förändringar i prestationer och minskat vårddagsutnyttjande som inträffade mellan 1991 och 1993.

När man studerar utvecklingen under hela perioden 1981-1994 finns det inga klara be-
lägg för att äldre patienter trängs undan till förmån för yngre när nya medicinska meto-
der införs eller på grund av neddragningar. En viss reservation måste göras för den pa-
rallella utvecklingen inom den öppna vården och dagkirurgin där uppgifter saknas om
den åldersrelaterade fördelningen av operationerna.

Det framtida behovet av slutenvård inom olika specialiteter är givetvis svårbedömt.
Riktningen i utvecklingen tycks vara lättare att förutse. Takten i inflödet av nya metoder
med nya möjligheter till diagnostik och behandling kommer antagligen att vara fortsatt
hög. Många nya metoder kommer att minska behovet av vårdplatser medan andra ska-
par nya behandlingsmöjligheter med nya behov av vårdplatser. Den specialitetsvisa
uppföljningen av vårddagsutnyttjandet visar att behovet av slutenvård inom alla specia-
liteter minskat betydligt mera än vad som skulle varit fallet om vårddagskonsumtionen
varit densamma som 1981 i olika åldersgrupper.

Det är rimligt att anta att skillnaden mellan denna utveckling och det faktiska utfallet
speglar resultatet av den teknologiska utvecklingen i vid mening. I detta inbegriper
socialstyrelserapporten den medicinska utvecklingen, rationaliseringar, teknikutveck-
ling, framväxten av nya arbetsformer och ändrade värderingar till slutet institutions-
vård. Över den längre tidsperioden på 15 år tycks denna utveckling varit ganska stabil
och gäller inom alla delar av korttidsvården. Vid enstaka tillfällen har det uppenbarligen
skett brott i den trendmässiga utvecklingen. Ett sådant trendbrott skedde 1991-1993,
dels på grund av Ädel, men också som en följd av det stora omvandlingstryck som
sjukvården var utsatt för vid den tidpunkten.

Förändringstakten under dessa år bör därför betraktas som exceptionellt hög och inte
vara den enda utgångspunkten för prognoser och framtida resursbehov. Det finns då en
stor risk att sådana bedömningar av möjliga neddragningar med bibehållen kvalitet
överskattas.

I prognoserna om det framtida behovet av slutenvård har utredningen utgått från två
extrema antaganden, se tidigare figur i detta avsnitt. Det ena antagandet är att den tek-
nologiska utvecklingen avstannar helt och att vårddagsutnyttjandet per capita blir kvar
på 1994 års nivå. Behovet av slutenvård kommer då att öka måttligt fram till år 2011
inom alla specialiteter och totalt.

Det andra antagandet är att den teknologiska utvecklingen kommer att fortsätta ungefär i
samma takt som under perioden 1981-1994 och att utnyttjandet av slutenvård minskar i
samma takt. Utredningen har dock tagit hänsyn till Ädelreformen och exkluderat den
kraftiga minskningen av vårddagar bland de allra äldsta under 1990-talet. Baserat på
detta antagande kommer behovet av slutenvård fortsätta att minska 185 000 vårddagar
per år. Mot denna utveckling talar att neddragningarna redan varit kraftiga åren före
1995 och att det inte skett en motsvarande lika kraftig teknologisk utveckling. Vidare
innebär en trendframskrivning av detta slag att man på tillräckligt lång sikt hamnar på
ett utnyttjande av noll vårddagar, vilket framstår som orimligt.

Den troliga minskningstakten bör antagligen ligga mellan de två extrema utvecklings-
linjerna. Detta resonemang stöds av att de kvalitativa expertbedömningarna går nästan
alla i riktning mot att behovet av slutenvård kommer att fortsätta att minska men i en
långsammare takt. Expertbedömningarna gjordes under våren 1996.

Det är också viktigt att påpeka att kostnaderna för den slutna vården inte kunnat minska i samma takt som antalet vårddagar minskat på grund av att vården intensifierats och att kostnaderna per återstående vårddag ökat. Vidare har överföringen av vårdinsatser till öppnare vårdformer vid sjukhusen ställt krav på utökade resurser för mottagningsverksamheten.

När det gäller bedömningar av utvecklingen av sluten somatisk korttidsvård i ett riktigt långt tidsperspektiv bör man beakta att t ex ögonsjukvården tack vare nya skonsamma operationer närmar sig ett tillstånd när nästan all kirurgisk verksamhet bedrivs i öppen vård. Det finns saker som talar för att ögonklinikerna skiljer sig från t ex internmedicin och ortopediska kliniker när det gäller möjligheterna att behandla i öppen vård. Behovet av en god omvårdnad och tillgång till kvalificerad institutionsvård för äldre svårt sjuka patienter kommer givetvis att finnas kvar och öka. Resurserna för denna vård behöver därför förstärkas. Frågan är dock i vilken utsträckning denna vård bör ske vid dagens akutsjukhus.

6. YRKESINSPEKTIONENS SYN PÅ ARBETSMILJÖN VID REGIONENS SJUKHUS

6.1 Sahlgrenska sjukhuset (SU)

Den allvarligaste kritiken har riktats mot arbetsmiljön vid SU. Yrkesinspektionen har trots sjukhusets uttalade ambition att uppfylla inspektionens krav beslutat förelägga sjukhuset att vidta krävda åtgärder. Med hänsyn till antalet anställda som utsätts för riskerna i sjukhusets arbetsmiljö, den ytterligare slimning av organisationen som pågår och de därmed överhängande riskerna för personalens ohälsa har föreläggandet förenats med ett kraftigt vite som bestämts till 9 Mkr. SU har således i ett beslut från yrkesinspektionen daterat 1999-03-30 förelagts att vid vite av 9 Mkr. senast den 1 mars 2000 ha vidtagit ett antal specificerade åtgärder.

Här redovisas endast i sammandrag frågor som har en direkt koppling till den nu aktuella frågan om vårdplatsbehovet, detta gäller såväl redovisade brister som krav på åtgärder.

6.1.1 Brister

Till grund för yrkesinspektionens beslut låg en omfattande systeminspektion som genomfördes på SU under perioden 14 september till 10 november 1998. Vad gäller vårdplatser noterades bl a. följande.

Personalen uppger att bristen på patientplatser är en ständig källa till irritation bland personalen på många vårdavdelningar och på akutmottagningarna. När det är överfullt på avdelningarna med flera överbeläggningar och akutmottagningarnas korridorer samtidigt är överfulla med patienter som väntar på att läggas in, blir påfrestningarna på personalen mycket stora. Det blir konflikter mellan personalgrupperna på de olika enheterna i försöken att på ena avdelningen stå emot ytterligare överbeläggningar respektive att på andra enheten hitta utrymme att slussa patienterna vidare till en vårdplats någonstans. Bristen på vårdplatser innebär också att planerad verksamhet inte kan fullföljas.

Planerad intagning av patienter fungerar otillfredsställande. Personalen närmast patienterna är de som får ta emot besvikelser och kritiken för sjukhusets bristande förmåga att planera utifrån sina förutsättningar. På några håll uppger man att man inte längre klarar den medicinska säkerheten och på många andra håll uppges att den medicinska säkerheten är allvarligt i riskzonen.

Yrkesinspektionen har talat med anställda som ”efter ekonomiska diskussioner hemma” har sagt upp sig utan att ha ett nytt arbete. Skälet de uppger är att de inte orkar längre och är oroliga för att inte kunna bevara hälsan om de stannar kvar på sitt arbete. Yrkesinspektionen har också talat med anställda som gått ner till halvtid eller deltid av samma skäl. Ytterligare många andra anställda har sökt respektive söker sig bort från sjukhuset på grund av arbetsmiljöförhållandena. Externa avgångar har ökat bland all vårdpersonal och särskilt bland läkare och sjuksköterskor. Externa avgångar har ökat kraftigt mellan första och tredje kvartalet 1998. En kompetensflykt pågår.

6.1.2 Yrkesinspektionens krav på åtgärder

Arbetsbelastning, arbetsorganisation och negativ stress

Under inspektionerna har anställda på de besökta avdelningarna/enheterna informerat Yrkesinspektionen om den intensiva arbetstakten, den mycket stora arbetsbelastningen, bristen på vårdplatser, ständiga överbeläggningar, för låg bemanning och brist på personal. Vårdtiderna är korta och patientgenomströmningen är hög. Detta tillsammans innebär också en stor del administrativt arbete för vårdpersonal och läkarsekreterare. Yrkesinspektionen kunde iaktta att detta lett till att arbetet bedrivs under mer eller mindre konstant negativ stress och att detta lett till hälsoproblem av olika slag.

Utöver stressrelaterade besvär uppger många anställda att de känner stor oro för att begå misstag i arbetet som en konsekvens av den tidspress och de produktionskrav och andra krav man arbetar under. De anställda prioriterar själva bort vissa arbetsuppgifter för att hinna med det mest akuta. Antal anmälningar enligt Lex Maria har ökat. Enbart på SU-Sahlgrenska t ex har antalet Lex Maria- anmälningar inklusive anmälningar från enskilda ökat med 50 % mellan åren 1996-1998. Detta trots att yrkesinspektionen under inspektionerna fått besked om att man av olika skäl inte anmäler alla incidenter.

Anställda på olika avdelningar/enheter uppger att det inte går att leva upp till de verksamhetsmål som är satta för vissa verksamheter. Detta upplevs som djupt frustrerande och stressande. Det gör också att man tappar tilltron till sin ledning. Som exempel nämns att man på en akutmottagning har ett verksamhetsmål att en patient inte skall behöva vänta mer än två timmar. I verkligheten får patienterna ofta vänta upp till 8-18 timmar.

Chefer på olika nivåer uppger att man har kraven på sig att hålla budgeten. Man är oftast medveten om vissa av de arbetsmiljöförbättrande åtgärder som behöver göras inom den egna verksamheten och har också påtalat dessa i sina egna delårsbokslut. Samtidigt uppger man att förutsättningarna för att klara av vissa delar av arbetet är dåliga och i vissa fall omöjliga. Man upplever att man inte har det handlingsutrymme man skulle behöva samtidigt som man har ett stort ansvar och att detta skapar negativ stress.

Läkarna upplever ett stort missmod. Många som yrkesinspektionen talat med söker andra arbeten. Man har ett stort ansvar i arbetet, arbetstakten på många håll är intensiv och handlingsutrymmet upplevs som näst intill obefintligt. Alldeles särskilt gäller detta anesthesiologerna och läkarna på akutmottagningarna. Bristen på vårdplatser är ett mycket starkt stressmoment.

Den sammantagna arbetsbelastningen och dess negativa konsekvenser är enligt yrkesinspektionen ett mycket allvarligt problem.

I dessa delar **åläggs sjukhuset** bl.a. att se över och prioritera vilka arbetsuppgifter som skall utföras, på varje enhet bedöma om det finns en möjlighet att nå fastställda mål och i annat fall justera målen. Vidare åläggs sjukhuset att bedöma arbetsbelastning hos arbetsledare och chefer på olika avdelningar liksom att se över befogenheter och resurser som arbetsledare på olika enheter och nivåer har.

Signalsystem – fortlöpande undersökning av de organisatoriska arbetsmiljöförhållandena

Trots att olika signalsystem finns upplever de anställda att signalsystemen i praktiken är helt verkningslösa.

SU åläggs se till att de signalsystem som införts används på det som sjukhuset avsett.

Vårdplatsbrist

Yrkesinspektionen har under inspektionerna, från både arbetsgivarföreträdare och anställda, fått höra att det råder brist på patientplatser och att det är skälet till alla konstanta överbeläggningar. Den största bristen på platser har man enligt uppgift inom **medicin, geriatrik och psykiatri**. Inom medicin och geriatrik har patienterna oftast behov av särskild omsorg och särskilda hjälpmedel som t.ex. rullstolar och rollatorer. Överbeläggning på dessa enheter medför därför en kraftig extra belastning för personalen.

Ledningen säger till Yrkesinspektionen att det oftast rör sig om färdigbehandlade patienter som borde ha kunnat få plats hos annan huvudman. Denna information har Yrkesinspektionen fått i flera år. Likväl har det inte blivit bättre utan tvärtom. I samband med inspektionerna har yrkesinspektionen fått besked om att patienter som egentligen inte skulle skrivits ut blivit hemskickade ”på chans” för att bereda plats åt andra patienter.

Yrkesinspektionen har också under åren fått besked om att överbeläggningar sker endast i akuta undantagsfall. Efter inspektionerna kan Yrkesinspektionen konstatera att överbeläggningar synes vara ett permanent tillstånd snarare än ett akut undantagsfall och får fortlöpande signaler att så är fallet. Ett antal divisions/verksamhetschefer och vårdnadschefer har bekräftat de konstanta överbeläggningarna på vissa avdelningar. Yrkesinspektionen bedömer att förhållandena har kraftigt förvärrats de senaste fem åren. Sjukhuset har uppgett att ca 300 vårdplatser, vilket motsvarar ca 10 vårdavdelningar, har försvunnit sedan 1996/97 men att antalet vårdsökande är ungefär konstant.

Det är inte Yrkesinspektionens sak att avgöra vilken huvudman som skall behandla/vårda vilka patienter. Dock kan Yrkesinspektionen konstatera att sjukhuset har det antal patienter som det har och rimligtvis borde planera utifrån detta. Platsbristen och ständiga överbeläggningar är fakta.

Sjukhuset åläggs att anpassa antalet vårdplatser efter det patientantal som man de facto har.

6.2 NU-sjukvården

Yrkesinspektionen har i april 1998 genomfört tillsyn av kirurgkliniken, psykiatriska kliniken samt barn- och ungdomskliniken inom NU-sjukvården. Avsikten med inspektionerna var att undersöka hur NU-sjukvårdens system för internkontroll av arbetsmiljön fungerar.

Yrkesinspektionens uppfattning är att NU-sjukvården på ett seriöst och systematiskt sätt arbetar med att få ett fungerande internkontrollarbete inom NU-sjukvårdens olika verk-

samhetsområden. Vid inspektionerna framkom dock att det fanns brister av såväl specifik arbetsställebunden natur som av övergripande natur som måste bero på brister i sjukhusets internkontrollsystem.

Här redovisas i sammandrag endast de delar som direkt berör den nu aktuella frågan om vårdplatsbehovet.

6.2.1 Brister som måste avhjälpas

Arbetsbelastning/handledning

Yrkesinspektion konstaterar att arbetsbelastningen har ökat och upplevs tidvis som mycket hög. Den höga arbetsbelastningen avser all personal men läkare och läkarsekreterare är särskilt utsatta. Det finns flera förklaringar till att arbetsbelastningen har ökat, bl a en ökad vårdtyngd och vårdvolym, ett minskat antal vårdplatser med överbeläggning som följd, nya arbetsuppgifter, ökade krav på dokumentation och samverkan med andra vårdinstanser. En annan förklaring är att tidsåtgången till strukturarbetet och förändringsarbetet i sig inneburit en ökad arbetsbelastning och negativ stress för många anställda.

Sjukhuset skall redovisa rutiner för hur man kontinuerligt kartlägger och följer upp personalens arbetsbelastning i såväl fysiskt som psykiskt avseende. Kartlägningsrutinerna skall ingå i det signalsystem som sjukhuset behöver för att begränsa belastningen till en icke skadlig nivå.

Övrigt

Yrkesinspektionen har under hand fått signaler om hög arbetsbelastning och negativ stress på medicinkliniken Uddevalla. Framförallt handlar det om platsbrist/överbeläggningar och i samband med detta en hög arbetsbelastning på avd 5 och ITVA (Intagningsvårdavdelningen).

Yrkesinspektionen önskar i skriftlig redogörelse ta del av arbetsgivarens ståndpunkt angående arbetsmiljöförhållandena vid medicinkliniken på Uddevalla sjukhus. Yrkesinspektionen vill samtidigt få besked om vilka åtgärder som vidtagits eller planeras för att avhjälpa bristerna samt hur man avser säkerställa en god arbetsmiljö under sommaren och semesterperioden.

6.3 Skaraborgs sjukhus (SkaS)

Yrkesinspektionen har under hösten 1998 genomfört inspektioner inom medicindivisionen på SkaS. Avsikten med inspektionerna var att undersöka hur SkaS arbetsmiljöarbete fungerar. Resultatet meddelades i ett inspektionsmeddelande daterat 1999-01-13. Här redovisas i sammandrag endast de delar som direkt berör den nu aktuella frågan om vårdplatsbehovet.

6.3.1 Brister som måste avhjälpas

Arbetsbelastning

Arbetsbelastningen har ökat och upplevs tidvis som mycket hög. Den höga arbetsbelastningen avser alla yrkesgrupper som Yrkesinspektionen intervjuat. Det finns flera förklaringar till att arbetsbelastningen har ökat, bl a en ökad vårdtyngd och vårdvolym, ett minskat antal vårdplatser med överbeläggningar som följd, nya arbetsuppgifter, ökade kvalitetskrav och rekryteringssvårigheter.

Olika tecken på ohälsa finns i divisionens organisation. Sjukskrivningarna ökar liksom olika stressymptom. Trots att överbeläggningarna inom divisionen har minskat betydligt, innebär de överbeläggningar som fortfarande förekommer på en del avdelningar, att såväl den fysiska som psykiska belastningen på personalen ökar ytterligare. Överbeläggningar minskar också personalens möjligheter att arbeta med god arbetsteknik vid t ex lyft och förflyttningar av patienter.

Arbetsgivaren är skyldig att försäkra sig om att arbetsförhållandena inte leder till ohälsa hos arbetstagarna. Det är viktigt att det finns rutiner för att följa upp arbetstagarnas arbetsbelastning så att belastningen begränsas till en icke skadlig nivå. De metoder som divisionen använder är inte tillräckliga för att tidigt fånga upp ohälsa som är arbetsrelaterad.

Krav: Sjukhuset skall redovisa rutiner för hur man kontinuerligt kartlägger och följer upp personalens arbetsbelastning i såväl fysiskt som psykiskt avseende. Kartläggningen behöver utföras med lämpliga tidsintervall för att kunna följa arbetsbelastningen över tid. SkaS skall se till att alla medarbetare/yrkeskategorier omfattas av signalsystemet. SkaS skall vidare utarbeta riktlinjer/direktiv för hur arbetstagarna skall begränsa och prioritera arbetsuppgifter vid för hög arbetsbelastning. Dessa direktiv måste kontinuerligt anpassas till rådande förhållanden. Sjukhuset skall också planera, organisera och leda arbetet vid medicindivisionen på ett sådant sätt att de patienter som läggs in på divisionens vårdavdelningar placeras på ett sådant sätt att personalen kan hjälpa patienterna utan att behöva riskera skador av dåliga arbetsställningar.

SkaS har 1999-08-24 i ett svar till yrkesinspektionen redovisat vidtagna åtgärder med anledning av inspektionsmeddelandet.

6.4 Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)

Yrkesinspektionen har under november och december 1998 genomfört tillsyn av medicinklinikerna på Borås, Alingsås och Skene Lasarett. Avsikten med inspektionerna har varit att undersöka respektive medicinkliniks organisatoriska och praktiska förutsättningar att åstadkomma en god arbetsmiljö för de anställda.

SÄS har utarbetat ett system för internkontroll av arbetsmiljön där systemuppföljning ingår som kvalitetssäkring av arbetsmiljöarbetet. Yrkesinspektionen framhåller att vissa avdelningar bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Vid inspektionerna framkom dock att det finns brister av såväl specifik arbetsställebunden natur som av övergripande natur som måste bero på brister i sjukhusets internkontrollsystem. Yrkesinspektionen förutsätter att dessa brister åtgärdas samt att internkontrollsystemet kompletteras så att

liknande brister kan uppdagas och åtgärdas även i övriga delar av organisationen. Bristbeskrivningen omfattar alla tre medicinklinikerna om inte annat direkt uttalas. Här redovisas i sammandrag endast de delar som direkt berör den nu aktuella frågan om vårdplatsbehovet.

6.4.1 Brister som måste avhjälpas

Negativ stress/arbetsbelastning

Arbetsbelastningen vid medicinklinikerna har ökat, framförallt under de två senaste åren.

Av samtalen framkom att alla yrkeskategorier har en hög arbetsbelastning och att upplevelsen av en hög arbetstakt och stress är mycket utbredd. Arbetsklimatet är sådant att personalen känner sig pressade och oroar sig för den fortsatta utvecklingen. Det framkom vidare att viss överbeläggning snarare är regel än undantag.

Det finns flera förklaringar till att arbetsbelastningen har ökat, bl a en ökad vårdtyngd och vårdvolym, ett mindre antal vårdplatser med överbeläggning som följd, nya arbetsuppgifter, ökade kvalitetskrav och rekryteringssvårigheter.

Inom medicinklinikerna finns ett klart samband mellan antalet patienter och den fysiska och psykiska arbetsbelastningen. Mängden administrativa arbetsuppgifter t ex in- och utskrivningar, har ökat. Svårigheter att ta ut nödvändiga raster och pauser i arbetet är ett annat problem. Farliga och olämpliga metoder tillämpas i syfte att hinna med. Möjligheterna att kalla in extra personal vid hög belastning har p.g.a. rekryteringssvårigheter begränsats. På vissa avdelningar utnyttjas lokalerna över den kapacitet de är planerade för och sängar placeras i bad-/duschrum, behandlingsrum eller som s k extrasängar på vårdrum. Överbeläggningar minskar personalens möjligheter att arbeta med god arbetsteknik vid t ex lyft och förflyttningar av patienter.

Den höga arbetsbelastningen i kombination med den psykiska press som framkallas av nedskärningar/omorganisationer utgör en allvarlig risk för ohälsa. Olika tecken på ohälsa finns i organisationen.

Sjukhuset har redogjort för att man till viss del följer vårdtyngden på klinikerna, har tagit och åtgärdstrappor vid överbeläggningar. De metoder som sjukhuset använder är inte tillräckliga för att tidigt fånga upp ohälsa som är arbetsrelaterad. För att få en helhetsbedömning av arbetsbelastningen är det viktigt att fånga upp personalens upplevelser, både på individ- och gruppnivå.

6.4.2 Yrkesinspektionens krav

Sjukhuset skall komplettera sina rutiner för hur man kontinuerligt kartlägger och följer upp personalens arbetsbelastning i såväl fysiskt som psykiskt avseende. Kartläggningen behöver utföras med lämpliga tidsintervall för att kunna följa arbetsbelastningen över tid. Alla yrkeskategorier skall omfattas av kartläggningen.

Vidare skall SÄS utarbeta riktlinjer/direktiv för hur arbetstagarna skall begränsa och prioritera arbetsuppgifter vid hög belastning. Dessa direktiv måste kontinuerligt anpassas till rådande förhållanden.

SÄS skall planera, organisera och leda arbetet vid medicinklinikerna på ett sådant sätt att de patienter som läggs in på klinikens vårdavdelningar placeras så att personalen kan hjälpa patienterna utan att behöva riskera skador av påfrestande arbetsställningar.

Sjukhuset har inte systematiskt gått igenom de platser som går att använda för att placera sängar, med avseende på belastningsergonomiska risker. SÄS skall därför genomföra en systematisk riskanalys avseende belastningsergonomiska risker för de platser (vårdrum, bad-/duschrut, expeditioner m.m.) som sjukhuset utnyttjar/utnyttjat för placering av sängar. Utifrån resultaten från riskanalysen skall sjukhuset bestämma var man kan placera sängar/patienter så att personalen kan hjälpa patienterna utan att behöva riskera skador av påfrestande arbetsställningar. Resultaten från analysen och de bedömningar sjukhuset gjort skall redovisas till Yrkesinspektionen.

Yrkesinspektionen har begärt svar med vidtagna åtgärder senast den 15 september 1999. Inspektionen önskade stämma av svaret vid ett gemensamt uppföljningsmöte under oktober 1999. Därefter kommer yrkesinspektionen att göra uppföljningsbesök på medicinklinikerna för att se om de förbättringar som genomförts fått genomslag i verksamheten.

Sjukhuset har påbörjat arbetet med anledning av yrkesinspektionens krav.

6.5 Kungälv's sjukhus

Yrkesinspektionen har 1997 genomfört inspektioner på en ortopedisk och en geriatrisk/rehab avdelning samt på röntgen. För de båda vårdavdelningarna riktade sig Yrkesinspektionens besök framförallt mot områdena internkontroll av arbetsmiljön och arbetsmiljöaspekter på verksamhetsförändringar. Inför den då förestående omorganisationen fanns bland annat oro hos vårdpersonalen om att antalet vårdplatser skulle komma att vara otillräckliga. Yrkesinspektionen informerade om kraven på utrymme, svängrum runt en patientsäng ur arbetsmiljösynpunkt.

7. SOCIALSTYRELSENS UTREDNING OM BELÄGGNINGSSITUATIONEN VID MEDICINKLINIKERNA I SVERIGE, JANUARI 1999

Socialstyrelsens regionala enheter gjorde i januari 1999 oanmälda besök vid medicinklinikerna vid 63 av landets ca 85 sjukhus. Besöken gjordes bland annat mot bakgrund av den debatt som pågått om de ökande problemen med överbeläggningar. Syftet var att få en aktuell bild av beläggningssituationen och vårdmiljön vid de vårdavdelningar där primärjournen i internmedicin har beläggningsrätt, granska patientsäkerheten för patienter som vårdas på extra vårdplatser samt att granska hur journaldokumentationen fungerar vad gäller nyinskrivna patienter.

Vid 12 medicinkliniker (knappt 20 % av de besökta klinikerna) fanns inga överbeläggningar på någon av de besökta vårdavdelningarna. 39 medicinkliniker (drygt 60 % av de besökta klinikerna) hade överbeläggningar på en eller flera vårdavdelningar. Resterande 12 kliniker (knappt 20 %) hade överbeläggningar på samtliga av de vårdavdelningar som besöktes av Socialstyrelsen.

Någon skillnad mellan regions-, läns- respektive länsdelssjukhus fanns inte vad gäller andelen överbeläggningar. Vissa regionala skillnader kunde dock urskiljas där sjukhusen i Göteborgs- och Umeåregionerna hade något större genomsnittlig andel överbeläggningar än sjukhusen i övriga sjukvårdsregioner.

Socialstyrelsens tjänstemän har beskrivit situationen vid de besökta vårdavdelningarna som allt ifrån välorganiserade vårdmiljöer till i undantagsfall närmast kaotiska scenarier. De välorganiserade vårdmiljöerna utmärktes av ”ordning och reda, engagerad och erfaren personal, väl insatt i vad som skall göras i eventuella akuta situationer, god hygienstandard, medicintekniskt välutrustat och med erfaren och lättillgänglig medicinjour” medan de kaotiska kännetecknades av ”mycket nedslitna lokaler, patienter i korridorer och prång, ingen möjlighet till ostördhet på grund av ständigt spring, dåligt med toaletter, trångt och belamrat och svårt för personal att höra larmsignaler, avsaknad av samtalsrum och eventuella akuta insatser måste bedrivas inne på vårdsal eller i korridor”.

Ca en tredjedel av de 95 intervjuade verksamhetscheferna uppgav att det inte fanns något fungerande system vid kliniken för att fånga upp eventuella risksituationer vid överbeläggningar. För några kliniker/avdelningar var det inte aktuellt eftersom överbeläggningar inte förekom och några beskrev rapporteringssystem som de dock inte tyckte fungerade optimalt.

En tredjedel av verksamhetscheferna uppgav att eventuella händelser i samband med överbeläggningar fångades upp i ordinarie avvikelshanteringssystem, d v s först efter att tillbud redan hade inträffat.

Resterande tredjedel av verksamhetscheferna beskrev utarbetade handlingsplaner och regler inför överbeläggningar och dagliga uppföljningar och analyser av beläggningssituationen. Vid vissa kliniker hade överbeläggningsstopp införts, alternativt maximering av antalet överbeläggningar. Vid några sjukhus fick inte överbeläggningar ske utan

att bakjour kontaktades i varje enskilt fall. Några hänvisade till beslut av Yrkesinspektionen. Samordning inom hela sjukhuset beskrevs också där kontinuerlig dialog med chefläkare eller särskilt avdelad samordnare fördes och där alla kliniker inom sjukhuset rapporterade sin beläggningssituation inför natten. Exempel på samordning mellan sjukhus fanns också vilket även inbegrep omdirigering av ambulanser.

Enligt socialstyrelsens sammanfattande bedömning är det rimligt att anta det som framkommit vid denna verksamhetstillsyn, som omfattade ett flertal medicinkliniker i landet, är representativt för hur det brukar vara i denna verksamhet vid denna tid på året. Under denna period på året är trycket på de internmedicinska akutmottagningarna särskilt högt med åtföljande tryck på vårdavdelningarna.

Det är självfallet otillfredsställande att varannan vårdavdelning måste ha en eller flera överbeläggningar för att tillgodose vårdbehoven. Även om just i denna studie inte konkret har visats att enskilda patienter farit direkt illa i medicinskt hänseende, är det sannolikt att risken härför ökar i det trängda läge som många medicinkliniker befinner sig i.

Följande är sådana iakttagna förhållanden som måste bedömas som klart otillfredsställande och knappast förenligt med innebörden i begreppet ”god vård” i hälso- och sjukvårdslagen:

- Vid Socialstyrelsens besök återfanns patienter på extra vårdplatser utan tillfredsställande möjlighet att tillkalla personal och utan möjlighet till avskildhet vid behov av t ex enskilda samtal och toalett besök.
- Akuta insatser fick ibland ske i medpatienters åsyn. Belamrade och trånga vårdutrymmen kunde försvåra/förhindra snabba och effektiva akuta insatser.
- Journaldokumentationen för under kvällen akut inlagda patienter var på de flesta håll tillfredsställande. I några fall saknades dock vissa väsentliga uppgifter. Det är självfallet ett oavvisligt krav att läkemedelsordinationer skall vara fullständiga och läsbara.
- Nattpersonalen på flertalet av de besökta klinikerna förefaller inte vara tillräckligt involverade i pågående kvalitetsutvecklingsarbete.

Därutöver förmedlades till Socialstyrelsen:

- Personal på många avdelningar uppgav att vårdmiljön för patienterna var ovärdig och att arbetsmiljön var otillfredsställande.
- Verksamhetscheferna var oroade över att personalen pressas hårt med risker för patientsäkerheten som därmed rimligen uppkommer.
- De största riskerna för patientsäkerheten ser verksamhetscheferna när resurserna på den egna kliniken inte räcker till och patienterna måste ”exporteras” till andra kliniker med inriktning på helt andra specialiteter.

8. REDOVISNING AV ENKÄTSVAR

1 Ange totalt antal somatiska dygnetruntvårdplatser vid sjukhuset inklusive rehabilitering och geriatrik. **Tabell 6.**

Fastställda vårdplatser inom somatiken								
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SU								2 237
Kungälv	177	177	177	177	177	152	152	152
NU		963	948	951	943	874	780	780
SkaS	932	865	819	755	715	836	811	818
SÄS	1 057	841	831	790	760	707	715	715

Endast Kungälvs sjukhus har lämnat uppgifter om antalet disponibla vårdplatser

3 Ange totalt antal vårddagar vad gäller antalet somatiska dygnetruntvårdplatser inklusive rehabilitering och geriatrik. **Tabell 7.**

Vårddagar inom somatiken								
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SU				841 108	805 397	733 640	752 774	344 273 ¹
Kungälv	60 493	57 755	57 450	59 300	58 019	56 694	56 065	27 307
NU				277 190	261 191	259 287	244 199	119 806 ¹
SkaS	276 240	262 235	255 557	234 028	229 944	248 954	240 824	120 222
SÄS			258 195	243 226	226 170	216 650	213 844	111 326

¹ SU och NU har lämnat uppgifter tom aug 99, den siffra som finns i cellen har räknats fram genom att ta månadsmedelvärdet tom aug x 6.

2 Ange totalt antal psykiatriska dygnetruntvårdplatser vid sjukhuset. **Tabell 8.**

Fastställda vårdplatser inom psykiatrin								
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SU							491 ¹	484 ¹
Kungälv	31	31	31	31	31	31	31	31
NU		254	237	237	245	231	233	233
SkaS	284	267	251	235	220	204	176	176
SÄS	197	163	162	154	134	128	103	103

¹ Inklusive 69 rättspsykiatriska vårdplatser

Endast Kungälvs sjukhus har lämnat uppgifter om antalet disponibla vårdplatser

4 Ange totalt antal vårddagar vad gäller psykiatriska vårdplatser. **Tabell 9.**

Vårddagar inom psykiatrin								
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SU				158 328	146 410	147 526	152 226	92 455 ²
Kungälv	11 575	12 996	13 298	14 034	13 669	14 330	13 861	6 944
NU ¹	80911	79948	83440	83745	81454	81366	73538	35369 ²
SkaS	88 500	87 200	85 720	81 818	73 938	71 803	68 541	34 313
SÄS						46 035	36 641	14 729

¹ För åren 92 - 97 vårddagar inklusive permission på NÄL men exklusive permission på Uddevalla. För 98 och 99 exklusive permissionsdagar för både NÄL och Uddevalla

2 SU och NU har lämnat uppgifter tom aug 99, den siffra som finns i cellen har räknats fram genom att ta månadsmedelvärdet tom aug x 6.

5 Hur är vårdplatssituationen för närvarande? (enkäten besvarades i slutet av oktober 1999).

Tabell 10.

	SU	Kungälv	NU	SkaS	SÄS
Barnmedicin	Brist		Jämvikt	Svar saknas	Jämvikt
Invärtesmedicin mm	Brist	Brist	Brist ¹	Jämvikt	Brist ²
Neurologi ³	Brist			Jämvikt	
Infektionssjukdomar	Brist ⁴		Jämvikt	Jämvikt	Brist
Reumatologi	Jämvikt		Se geriatrik	Jämvikt	Jämvikt
Geriatrisk	Brist	Brist	Brist ⁵	Jämvikt	Jämvikt
Rehabiliteringsmedicin	Brist	Brist	Se geriatrik	Jämvikt	Jämvikt
Obstetrik inklusive gynekologi	Jämvikt		Jämvikt	Jämvikt	Jämvikt
Kirurgi	Brist	Brist	Brist ⁶	Jämvikt	Brist
Urologi	Jämvikt	Brist		Jämvikt	Brist
Kärlkirurgi	Jämvikt			Jämvikt	
Barnkirurgi	Brist		Se kirurgi	Jämvikt	Jämvikt
Ortopedi	Brist ⁷	Brist	Svar saknas	Jämvikt	Svar saknas
Öron-, näs- och halssjukdomar	Jämvikt		Jämvikt	Jämvikt	Jämvikt
Ögonsjukdomar	Jämvikt		Jämvikt	Jämvikt	Jämvikt
Övriga opererande specialiteter ⁸	Jämvikt ⁹				
Onkologi inklusive gynekologisk onkologi	Brist				Jämvikt

1 Vårdplatser stängda på grund av personalbrist. Om denna kunde elimineras föreligger ingen vårdplatsbrist.

2 Brist med cirka 20 vpl vid SÄS invärtesmedicin

3 Neurologi ingår i invärtesmedicin vid NU, SkaS och SÄS

4 Brist med cirka 15 vpl vid infektion, Östra

5 Strokeavdelningen brist 12 vpl, ortopedavd brist 5 vpl, allmängeriatrik brist 4 vpl, rehabiliteringsmedicin brist 3 vpl

6 Brist med 14 vpl inom kirurgi, NU.

7 6 vpl stängda på grund av ekonomiska skäl

8 Avser thoraxkirurgi, plastikkirurgi, handkirurgi och neurokirurgi

9 Fr o m november sannolikt brist på grund av stängning av Rävlanda sjukhem.

Kommentar från rapportskrivarna:

Tabellen visar att förhållandena varierar dels mellan olika specialiteter och dels mellan olika sjukhus.

Ett sjukhus, Skaraborgs sjukhus, redovisar ett jämviktsläge inom alla specialiteter.

Övriga sjukhus redovisar en brist i flera specialiteter.

Det tycks föreligga jämvikt i vårdplatshänseende i hela regionen inom specialiteterna obstetrik inklusive gynekologi, reumatologi, öron-, näs- och halssjukdomar och ögonsjukdomar.

Alla sjukhus, exklusive SkaS, anger vårdplatsbrist inom invärtesmedicin och kirurgi.

Till invärtesmedicinen närliggande specialiteter som neurologi, infektionssjukdomar och geriatrik har också brist vid flera sjukhus, dock inte alla.

Tillgången på vårdplatser inom reumatologin förefaller i stort sett vara god.

Vårdplatssituationen inom ortopedi vid SU och Kungälv är otillräcklig medan två andra sjukhus har missat att redovisa förhållandena inom denna specialitet.

Sammanfattningsvis visar svaren på en vårdplatsbrist inom invärtesmedicin inklusive neurologi samt inom allmänkirurgin. Jämvikt ses inom specialiteterna obstetrik inklusive gynekologi, reumatologi, öron-, näs- och halssjukdomar och ögonsjukdomar. Inom andra specialiteter är bilden mer splittrad, enstaka sjukhus anger brist, andra jämvikt. SkaS skiljer ut sig från övriga sjukhus genom att man har jämvikt inom alla redovisade specialiteter.

6 Vilka är de viktigaste konsekvenserna för patienterna i situationer då sjukhuset har brist på vårdplatser?

- SU:**
- problem för isoleringskrävande pat vid hög belastning. Infektionspatienter som kräver specialkunnskap får vårdas inom internmed,
 - kvaliteten på vården av pat försämras då pat vårdas på enhet med annan spec och kompetens. Medicinska beslut kan fördröjas och vårdtider förlängas,
 - överbeläggningar på vårdrummen negativt både för pat och pers,
 - mycket korta vårdtider ger brister i vårdkedjan, kontakter hinns ej med etc,
 - långa väntetider på akutintagen innan vårdplats finns tillgänglig,
 - elektiva vården får stå tillbaka för den akuta, ger ökade väntetider spec för oprioriterade pat i grupp 3,
 - planerade operationer ställs in p g a vårdplatsbrist,
 - långa väntetider för såväl kurativ som palliativ vård inom onkologin. I praktiken ett underutnyttjande av palliativa behandl metoder (främst för extrema högvoltsbestrålningar),

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

a) **Somatisk vård.** Barnsjukv är mestadels av akut el semiakut karaktär med starka inslag av infekterade el infektionskänsliga pat. Detta gör att 90% av medelbelägg är ett mycket högt vårdplatsutnyttjande. Plats för föräldramedverkan begränsas ibland på ett negativt sätt. Svårigheter att skydda patienternas, familjernas integritet kan uppstå. Inom barnkir, leder bristsituationer till att det blir ryckighet i operationsplaneringen, vilket är negativt för barn o föräldrar. Köer finns även inom barnsjukvården.

b) **Barn- o ungdomspsykiatri (BUP).** Utomordentligt starka indikationer för inläggning måste iakttagas. T ex finns begränsade möjligheter för inläggning på BUP för observation och behandling av suicidbenägna ungdomar. Överbeläggning med svårt störda barn/ungdomar skapar en kaotisk situation på avd och ett dåligt behandlingsklimat.

- KUNGÄLV:**
- alltför kort vårdtid ger patienterna oro, ängslan, ställer stora krav på anhöriga,
 - utrymmen som inte är avsedda för patienter tas i bruk, ex vis behandlingsrum. Detta upplevs inte positivt av patienter,
 - brist på vårdplatser kan innebära att patienten får en plats på en annan avd/klin än vad annars skulle vara fallet. Vårdplatserna ses som

sjukhusgemensamma,
- överbeläggningar, vilka kan medföra ytterligare belastning på vårdpersonalen. Detta känner pat av, även om kvaliteten upprätthålles,
- överbeläggningar ställer högre krav på sjukhushygieniska aspekter för att förhindra spridning av sjukhusinfektioner.

NU: Akutvården tränger ut den elektiva vården med förlängda vårdköer och komplicerade tillstånd. Överbeläggning innebär försämrad vårdmiljö för patienten. Pressad personal återverkar också på pat upplevelse av vården. Ökad infektionsrisk framför allt tarminfektioner (Calici) samt MRSA. Transfereringar mellan vårdavd innebär en mycket svår stressituation för patienter, anhöriga o personal.

SkaS: Byta sjukhusort. Långt för närstående att hälsa på. Vid brist på enkelrum, infektionsrisk. Dålig vårdmiljö. Köerna ökar.

SÄS: Se chefläkarens kommentar.

7 Vilka är de viktigaste negativa konsekvenserna för personalen i situationer då sjukhuset har brist på vårdplatser?

- SU:**
- hög arbetsbelastning - negativ stress - svårt att planera sin arbetstid,
 - trångt på vårdavd, då det är överbeläggning under ibland mycket långa perioder,
 - inom psykiatri kan överbeläggningar utgöra en ökad risk för våld och hot mellan patienter-personal,
 - ständiga rekryteringsproblem för att anpassa bemanningen till den högre belastningen,
 - mycket tid går åt för att leta efter vårdplatser på andra enheter (störst problem inom internmed)
 - patient/läkarkontakten försvåras då patienter är spridda över stora områden inom sjukhuset,
 - arbetsmiljöproblem leder till rekryteringssvårigheter,
 - personalen upplever sig själva som syndabockar i relationen till pat - då man måste avvisa vårdsökande patienter, inte kan uppfylla sina mål vad gäller information till patienter, svårt att uppfylla patientens rättmätiga krav på integritet etc.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

a) **Somatisk vård.** Överbelastning och frustration hos många intressenter. Överbeläggningar är ett relativt begrepp inom barn- och ungdomssjukv. Beror på föräldramedverkan, flexibla lösningar (hem/sjukhus), vårdtyngd, infektions-/immunologiskt läge t ex. I genomsnitt rapporterar svenska barnsjukhus ca 70% medelbeläggning trots en mindre komplex verksamhet. Beräknat på detta sätt har således Drott Silvias barn- o ungdomssjukhus en konstant överbeläggning.

b) **Barn- och ungdomspsykiatri.** Överansträngning, övertid och skador. Akutavd har 6 vpl för Storgöteborg. Göteborg och Skövde är de enda BUP-klinikerna i VGR, som har möjlighet till LPT-vård. Vuxenpsykiatri saknar resurser och inte heller i övr Sverige har funnits möjligheter att få hjälp i akuta överbelastningssituationer.

- KUNGÄLV:**
- en ökad patientgenomströmning p g a kortare vårdtider upplevs negativt av personalen som ser pat behov av ytterligare vård. De flesta pat är äldre,
 - vid överbeläggningar kan vården innebära en ytterligare belastning på vårdpersonalen,
 - utrymmen på vårdavdelningen, ej avsedda för patienter, tas i bruk, vilket påverkar arbetsmiljön,
 - en viss osäkerhet kan upplevas då man vårdar patient som i vanliga fall vårdas och behandlas på annan klinik. Utbildning för vårdpersonalen samt hospitering på annan klinik har genomförts för att säkerställa den medicinska säkerheten. Patientansvarig läkare går rond på de avd patienterna är placerade. Upplevs ineffektivt av läkargruppen.

- NU:** Överbeläggningar ökar arbetsbördan, vilket påverkar service och bemötande gentemot pat. Detta upplevs som mycket otillfredställande för personalen. Frustrationer. För tidiga utskrivningar kan ge merarbete i form av återinläggningar, telefonsamtal. Samordnad vårdplanering försvåras. Personalens ambitionsnivå angående patientomhändertagande kan ej tillgodoses. Tid för vård läggs på vårdplatsletande. Överförande till annan klinik gör arbetet i sig mera tidskrävande.
- SkaS:** Vid överbeläggningar ökar arbetsbelastningen på vårdpersonalen, Omvårdnadsarbetet försvåras. Trångt på vårdavdelningarna. Tidskrävande och svårt med planeringen.
- SÄS:** Arbetsmiljökonsekvenser i form av stress, otillräcklighet, otrygghet.

8 Vilka är de huvudsakliga orsakerna till överbeläggningar inom sjukhuset? Flera alternativ kan anges!

	SU	SUDrSilv	Kungälv	<u>NU</u>	<u>SkaS</u>	SÄS
För lite vpl totalt sett	x	x	x	x		x
Kommunerna tar inte emot färdigvård pat tillräckligt snabbt	x			x		x 1)
Pat genomströmn är för låg pga sjukhusint förhållanden				x		x
Andra orsaker, precisera nedan!	x	x			x	

SU:

- största problematiken återfinns inom internmed där de akutmed vpl inom SU är för litet,
- pat flödet internmed/geriatrik/kommunen eller hemmet är trögt och fungerar inte tillfredställande,
- psykiatri kan inte "utlokalisera" sina patienter. Speciella problem inom rättspsykiatri där vårdtiderna är långa - Tränger undan annan vård.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

- a) **Somatisk vård.** En brist föreligger. Dock måste denna även ses i relation till operations/IVA-resursen och flödet inom huset. Se p 21.
 b) **Barn- och ungdomspsyk** har för lågt antal vpl totalt sett. Se ovan.

KUNGÄLV: - för lite vårdplatser totalt sett,
 - vid toppar - ex vis influensatider och ibland inför helger - skulle man önska att kommunerna tog emot färdigbehandlade pat snabbare, särskilt de pat som redan har ett särskilt boende.

NU:

Kommentar A: Vårdplatsbrist framför allt inom kirurgi, invärtesmed och rättspsykiatri.

Kommentar B: Samarbetet med kommunerna fungerar mycket väl. För närvarande dock ca 30-40 vpl belagda med pat som skulle kunna tas hem till kommunerna.

Kommentar C: Klinisk fysiologi en flaskhals avs möjligheten att skriva ut pat från medicinkliniken. Utredn pågår dock att införa beredskap för att framför allt UCG skall kunna utföras på helger. Detta innebär dock en kostnadsökning för vilken vi inte har budget i nuläge. Inom radiologin vissa flaskhalsar. Både inom klin.fys och radiologi arbetar man dock på bästa möjliga sätt för att tillgodose flödet inom den slutna vården vilket innebär ökande köer för polikliniska undersökningar.

SkaS: Periodvis stor inströmning av multipelt sjuka äldre patienter. Bidragande orsak till denna inströmning kan vara bristen på distriktsläkare i sjukhusområdet.

SÄS: 1) ca 20 pat/dag är medicinskt färdigbehandlade; ca 8 platser/dag har "betalande" kommun

9 Särredovisas antalet kommunalt ersatta vårddagar då patienter vårdas på sjukhuset men är färdigvårdade?

Alla sjukhus utom NU-sjukvården uppger att de särredovisar antalet kommunalt ersatta vårddagar. Vid NU-sjukvården finns en särskild rutin för registrering men denna fungerar inte helt optimalt. Den skall enligt uppgift förbättras för bättre funktion år 2000.

Tabell 11.

	1997	1998	1999
SU	14106	22 063	10 534 ¹
Kungälv		460	519 ¹
NU			
SkaS**	914	2 599	1 231 ²
SÄS		ca 3 000	ca 2 500

1 Tom september 1999-12-06

2 Tom augusti 1999

10 Har sjukhuset ett regelsystem för vad som skall göras respektive vem som har ansvaret i överbeläggningssituationer?

	<u>SU</u>	<u>SU Dr Silv</u>	<u>Kungälv</u>	<u>NU</u>	<u>SkaS</u>	<u>SÄS</u>
Ja	x	x		x	x	x
Nej						

SU: Bilaga 2-5*
Kommentar från division B (Medicin): Vid extraordinära situationer träder chefläkarfunktionen in och samordnar vårdplatsresursen samt tar ställning till om elektiv vård skall påverkas. Eftersom överbeläggning är vardagssituation inom divisionen finns ett system för samarbete mellan medicinbakjourerna vid resp enhet.

NU: Bifogas Bilaga 1-5*

SkaS: Bilaga 2*

* Bilagor har ej bifogats i rapporten

SÄS: Se chefläkarens kommentar samt bilaga.

11 Finns ett sjukhusövergripande vårdplatsrapporteringsystem där lediga vårdplatser kan identifieras?

SU: Sjukhuset har ett gemensamt Patientadm system PAX som uppdateras regelbundet minst var 20 minut dygnet runt vad gäller beläggning. Systemet är svåröverblickbart vad gäller beläggning och tilltron till systemet sviktar.

Detta innebär att flera parallella system finns som sammanställs två gånger under dygnet och FAXas runt till de enheter som är berörda (för div B, D samt en gemensam SU/Sahlgrenska lista).

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

Barn- o ungdomssjukhuset är ett litet sjukhus med upparbetade rutiner för samarbete. Vården är komplex och kräver pers kontakter. I första hand flyttas personal till patienterna vid obalanser. Tel kontakt. Rapportering om vårdplatssituationen till akutintaget. Under perioder med neddragen kapacitet träffas bakjourerna dagligen. I övrigt avstämning mellan jourpersonalen och vårdavdelningarnas personal (man arbetar på gemensamt akutintag). Sjukhusövergripande avstämning en gång per vecka.

KUNGÄLV: Ja, Akutmottagn meddelas om platssituationen via Intranät 2 ggr/dag, förmiddag och eftermiddag. En åtgärdsplan är utarbetad, reviderad maj 1999, för att vidtas vid överbeläggningar. Bifogas.

NU: Adapt datornätverk finns för in- och utskrivn och är kopplad till beläggingsstatistiken. Akutmottagningarna kan se alla kliniker men siffrorna är tyvärr inte 100%-igt tillförlitliga p g a
- att läkarsekr som endast arbetar dagtid ansvarar för inmatn på vissa kliniker
- att vid hög belastning prioriterar man inte inmatningen av in- och utskrivn.

Vi arbetar dock med att öka tillförlitligheten i det datoriserade systemet. Sommartid arbetar vi med vårdplatssamordnare som via fax, avd besök och tel håller nära kontakt med vårdavd.

SkaS: Ja, databaserat. Används företrädesvis inom Division Medicin. Kl 07.00 rapporterar vårdenheten in: antal ineliggande pat, planerat ev intag från väntelista, planerat antal utskrivn, vårdtyngd enl Zebra. Kl 14.00 ny rapportering. Systemet finns tillgängligt för vårdenheterna, akutmottagn samt MAVA.

SÄS: Enkel Excel-applikation på gemensam server i Alingsås resp Borås. Rapportering löpande är möjlig - krav 8, 12, 16.

12 Förekommer det att patienter tillhörande en viss klinik/specialitet måste läggas på andra kliniker/inom andra specialiteter på grund av vårdplatsbrist?

Alla sjukhus svarar att detta inträffar. Svar på just denna fråga saknas från Kungälvssjukhus.

13 Om ja på fråga 12, följer sjukhusledningen upp antalet vårdtillfällen och vård dagar där detta inträffar?

Ett av sjukhusen, SÄS, följer detta för medicinpatienter och kan därmed redovisa vårdtillfällen och vård dagar. Från SU anges att detta följs inom divisionerna.

Medicinpatienter vid SÄS som vårdas på annan klinik. Tabell 12

	1998	1999
SÄS, vårdtillfällen	80	237
SÄS, vård dagar	149	888

14 Hur garanteras den medicinska säkerheten då patienter tillhörande en viss klinik/specialist måste läggas på andra kliniker/andra specialiteter på grund av vårdplatsbrist?

SU: Under jourtid har primärjouren ansvaret för pat inom specialiteten, ytterst bakjouren. Under kontorstid verksamhetschefen.
Lösningen att vårda pat på annan klinik/specialitet utgör ett problem vad gäller den medicinska säkerheten pga att kompetensen på enheten inte självklart kan garanteras i alla situationer.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

PAL-ansvar är definierat. Lång tradition av att instruera annan avd om sjukdomspanorama. Ömsesidig vana vid olika sjukdomar.

KUNGÄLV: Se fråga 7.

NU: Inskrivande och mottagande verksamhet överens om regelverk av vilka diagnosgrupper/vårdtyngd/kön som kan hyras in inom andra verksamhetsområden. Inskrivande och mottagande enheter förvissas sig om tillräcklig kunskapsnivå hos omvårdnadspersonalen för aktuell pat grupp. Inläggande verksamhetsområde ansvarar för att i ökad omfattning vara tillgängliga för pat kontakter, rondgående.

SkaS: PAL-ansvaret. Organisationen med vårdenheter medför att omvårdnadspersonalen har en bredare kompetens.

SÄS: Se chefläkarens kommentar punkt 3.

15 Mäter sjukhusledningen antalet elektiva operationer som skjutits upp på grund av att den opererande kliniken saknar vårdplatser?

	<u>SU</u>	<u>Kungälv</u>	<u>NU</u>	<u>SkaS</u>	<u>SÄS</u>
Ja	x				
Nej	x		x	x	x

Om ja, hur många operationer sköts upp av detta skäl under 1:a halvåret 1999?

SU: Nytt system för uppföljning av opererande enheter har införts under året (Operett), här registreras orsak till uppskjuten operation. Vissa av de opererande specialiteterna registrerar själva om operation uppskjutits pga att det saknas vårdplats. Ex vis har 80 ortopedoperationer skjutits upp. Div B påpekar att det där sällan skjuts upp operationer pga vårdplatsbrist inom de opererande enheterna, men att sjukhusgemensamma beslut om neddragning av elektiv vård fattas av och till för att bereda plats för akut-medicinsk vård. Brist på IVA-platser påverkar operationsprogrammen och leder till strykningar framför allt inom thoraxkirurgi. Frågan borde breddas utanför de opererande specialiteterna. Det finns elektiv vård inom andra områden, såsom njurmedicin, hematologi mfl där behandlingar, som borde fullföljas inom viss tid skjuts upp.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

Komplex bild pga att operation och IVA är flaskhalsar, tätt följda av vård-avdelningskapaciteten. Fn överstiger behovet av operationskapacitet tillgången med 50-60 %.

KUNGÄLV: Ej heller någon kontinuerlig uppföljning på kliniknivå. Att skjuta fram en planerad operation pga brist på vårdplats sker oerhört sällan.

NU: Vi registrerar antalet uppskjutna elektiva operationer men här finns flera orsaker. Den orsak som uppges vara den vanligaste är brist på narkos-personal/operationslokaler. Vi undersöker vidare med verksamhetscheferna om man kan göra en skattning av antalet uppskjutna operationer orsakade av vårdplatsbrist. Vi kommer också om möjligt att senare redovisa antalet uppskjutna operationer.

16 Har ert sjukhus granskats av yrkesinspektionen?

	<u>SU</u>	<u>SU Dr Silv</u>	<u>Kungälv</u>	<u>NU</u>	<u>SkaS</u>	<u>SÄS</u>
Ja	x	x	x	x	x	x

Nej

Om ja, kan ni kort sammanfatta yrkesinsp rapport spec med avseende på vårdplatsbristens påverkan på arbetsmiljön?

SU: Yrkesinsp konstaterade att överbeläggningar synes vara ett permanent tillstånd och att dessa menligt påverkar arbetsmiljön med ökad belastning, arbetet försvåras etc. Yrkesinsp begär att sjukhusets gemensamma signal-system skall ses över och att antalet vårdplatser anpassas efter det patient-antal verksamheten de facto har.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

Barn- och ungdomsspsyk. Under senaste året har tre akuta miljöronder påkallats. Yrkesinsp har hänvisat till vitesföreläggande gentemot SU. Tidigare har YI krävt åtgärdsprogram vid överbelägg. Resurs-behovs-frågorna inom BUP är föremål för utredn i BUA sedan 1,5 år. Handlingsplan vid överbelägg har krävts och finns, men som framgår av punkt 7 är det ofta inte framgångsrikt att hitta hjälp.

KUNGÄLV: Ja, år 1997 på en ortopedisk och en geriatrik/rehab avd samt röntgen. För de båda vårdavd riktade sig Yrkesinspektionens besök framförallt mot områdena internkontroll av arbetsmiljön och arbetsmiljöaspekter på verksamhetsförändringar. Inför den då förestående omorganisationen fanns bla oro hos vårdpersonalen om att antalet vårdplatser skulle komma att vara otillräckliga. Omorganisationen innebar bla en neddragn av 25 vpl, dvs en hel vårdavd. Yrkesinsp informerade om kraven på utrymme, svängrum runt en patientsäng ur arbetsmiljösynpunkt. Under våren 1998 beslöt sjukhusledn att tillfälligt möjliggöra en utökning av max 10 vpl på den då stängda vårdavd. Detta har underlättat belastningen avsevärt för berörda personalkategorier vid överbeläggningar.

NU: Yrkesinsp rapport dat 1997-08-06 bif i kop. (bil 6)*. Sammanställn av samtl ärenden rörande Yrkesinsp bif i bil 7*.

Kommentar: Vårdplatsbristens påverkan på arbetsmiljön enl följande:

- överbeläggningar ger en betydligt ökad vårdtyngd. Överbeläggningar innebär en ökad risk för yrkesskador (ex försvårat nyttjande av lyft-hjälpmiddel), psykisk stress och frustration.
- arbetsuppgifterna tar längre tid

* Bilagor har ej bifogats i rapporten.

- psykisk press med missnöjda pat och anhöriga
- ökad vårdbenägenhet inom psykiatri patienter emellan och patienter gentemot personal i samband med överbeläggningar.

Tillägg: Föreläggande i samband med brandinspektion har inneburit att vi stundtals haft brandvakt på vissa vårdavd. Detta har varit aktuellt på MAVA, Uddevalla när vårdplatsantalet överstigit en viss nivå.

SkaS: Bilaga 3*

SÄS: Upprepade påpekanden om brister i arbetsmiljön (Röntgen, psykiatri o medicinklinikerna)

* Bilagor har ej bifogats i rapporten.

17 Har yrkesinspektionen förelagt sjukhuset att ändra på några förhållanden som har relation till vårdplatser och vårdplatsbehov?

	<u>SU</u>	<u>SU Dr Silv</u>	<u>Kungälv</u>	<u>NU</u>	<u>SkaS</u>	<u>SÄS</u>
Ja	x	x		x		x
Nej						

Om ja, sammanfatta kort yrkesinspektionens föreläggande i detta avseende.

SU: Att signalsystemen ovan skall ses över. Yrkesinsp påpekar även att lokalernas beskaffenhet inte över allt är helt ändamålsenliga. (Ex vårdavd inom psykiatri utdömd). Sjukhusets gemensamma system för lokalplanering och lokaldisposition skall ses över.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

Barnonkologi - evakuerad avd till Infektionsklin hus - fastställande av av datum för återflyttning. Osäkerhet hos pers och långa transportvägar utöver trängsel.

KUNGÄLV: Yrkesinsp har tryckt på kraven på utrymme runt en patientsäng, vilket sjukhuset har tagit till sig. Detta har påverkat möjligheten till antalet överbeläggningar på de somatiska vårdavd (2 överbelägg per vårdavd).

NU: Hänvisar till bif rapport. *

SkaS: Bilaga 3*

SÄS: Åtgärder mot arbetsmiljöproblem

* Bilagor har ej bifogats i rapporten.

18 Om sjukhuset för närvarande har vårdplatsbrist, vilka åtgärder bör vidtas för att förbättra situationen?

- SU:**
- Översyn och ev omfördelning av vårdplatser. (Arbete pågår).
 - Fler vårdplatser tillskapas.
 - Arbeta med vårdkedjeproblematiken så att flödet blir optimalt.
 - Utveckla möjligheterna och samverkan/samarbete med hemsjukvården. (Mer sjukhusanknuten hemsjukvård.)
 - Förbättra det elektroniska systemet för uppföljning av beläggning. Lättillgängligt, överskådligt, kontinuerlig uppdatering.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

- a) Barn- och ungdomspsykiatri: underlag har inlämnats till BUA efter utredning. Det behövs en mellanvårdsavd (6 vpl) och en slut- och dagvårdsverksamhet för anorexi (8 vpl). Det finns inte plats i huset för detta.
- b) Den barnkirurgiska avdelningen, som har reducerad kapacitet under helgerna av ekonomiska skäl, bör ha full kapacitet. Den barnmedicinska avdelningen, som av samma skäl hade reducerad kapacitet under helgerna, har av arbetsmiljöskäl öppnats. Pågående tillbyggnad av akut korttidsavdelning kommer att öka antalet vpl med 4. Utbyggnad av operation/IVA bör göras. Därmed lösgörs även vårdavdelningens kapacitet. Vg s även under punkt 21.

KUNGÄLV: Se punkterna 19-21

För att klara Yrkesinspektionens krav kring överbeläggningar har 10 vpl temporärt nyöppnats. Denna verksamhet är ofinansierad.

NU: Analysarbete efter genomförd strukturförändring har visat att vårdplatsneddragningen blivit allt för omfattande. Vi har i vår dialog med beställarna och budgetarbete framfört som ett minimikrav att ytterligare 14 vpl inom *kirurgi* tillskapas genom:

- reduktion av 6 vpl inom *KK*
- en förtätning av vpl på en vårdavdelning med ytterligare 8 vpl.

Inom *ortopedi* tillskapas ytterligare fyra vpl för den elektiva vården och som uppvakningsenhet för barn i samband med akuta ortopediska ingrepp. Under 1999 har beslut fattats om utökning inom invärtesmedicin med ytterligare 18 vpl. (Dessa har dock inte till fullo kunnat bemannas.)

SkaS: Bilaga 4*

SÄS: Se chefläkarens kommentar punkt 2.

* Bilagor har ej bifogats i rapporten.

19 Medger sjukhusets lokalförhållanden att antalet vårdplatser ökas (förutsatt att den ekonomiska situationen tillåter detta)?

	<u>SU</u>	<u>SUDr Silv</u>	<u>Kungälv</u>	<u>NU</u>	<u>SkaS</u>	<u>SÄS</u>
Ja		x		x	x	x

Nej

Om ja, hur många vårdplatser skulle kunna tillskapas i redan tillgängliga lokaler

SU: Man kan inte kategoriskt svara ja el nej på frågan. Det finns inom vissa delar av sjukhuset begränsade möjligheter att tillskapa fler vårdplatser.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

Utökn lörd-sönd med 3 vpl på de två avd som har neddragen kapacitet.
Akut korttidsavd under planering ökar tillgången med 4 vpl.

KUNGÄLV: I nuläget utnyttjas i en friställd avd om 15 vpl för det s k operationsprojektet. Ytterligare 10 vpl kan tillskapas i redan tillgängliga lokaler.

NU: Inom infektionsklin finns ADA-reserven (10 vpl). Bemanningsplan finns upprättad.
Vid lokalsjukhusen i Bäckefors och Strömstad finns vårdavd "i malpåse" med 60 respektive 20 vårdplatser. Vissa av dessa lokalytor disponeras idag dock för öppenvårdsverksamhet.

SkaS: ca 100 vårdplatser

SÄS: Ca 50 vårdplatser

20 Hur ser ni på behovet av vårdplatser för de närmaste 3 åren?

- SU:** Internmedicin. Befolkningsutvecklingen samt den medicinska utvecklingen talar för att behovet kommer att öka ytterligare något inom den akutmed sektorn. Antalet friska äldre ökar fortfarande. När denna befolkn uppnår mycket hög ålder uppstår ett sjukvårdsbehov som blir allt större.
Neurologi o psykiatri. Man ser ett ökande behov. Psykiatri arbetar med att utveckla alt former för att hålla nere behovet av platser inom akutsjukv.
Kirurgi. Om man skall kunna ta omhand oprioriterade grupper (gallor, bråck etc) finns ett ökat behov. Bristen på eftervårdsplatser för vissa grupper är idag också eftersatt.
Kvinnosjukvård. - oförändrat
Onkologi. Behov av ytterligare 8-10 vpl för strålbehandl och 6-10 vpl för pat som genomgår medicinsk-onkologisk behandling.

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

Barn-och ungdomspsyk. Vg se ovan punkt 18. Sannolikt kommer inte behovet av slutna vård att bli avsevärt mycket större än det ovan angivna. Inom den somatiska vården har överföringen till avancerade öppna vårdformer gått mycket långt. Det är inte realistiskt att gå längre i detta. Ökande efterfrågan på högspecialiserad vård från landsting utanför VGR. Här finns unika möjligheter för att vara det regionala och nationella barn-och ungdomssjukhus, som var den politiska intentionen. Vg se punkt 21. Det är viktigt att notera att inom sektor efter sektor finns ett ökande behov t ex cystisk fibros, allergi, gastroenterologi, lungsjukd. Dessa behandlas i stor utsträckn inom öppna vårdformer. Det måste dock vägas in att även detta kräver utrymme.

KUNGÄLV: 15-20 vårdplatser.

- NU:** Vi bedömer med tanke på demografiska förändringar ett utökat behov av vårdplatser inom invärtesmed/rehab. Vårdplatsresursen för rättspsykiatrisk vård helt otillräcklig. Ytterligare resurser måste till. Nyttjandet av dessa vårdplatser beslutas av domstol och vi har inga möjligheter att styra beläggningen.
- SkaS:** Med nuvarande struktur och produktion viss minskning. Vid ändring av struktur men bibehållen produktion kan vårdplatsbehovet minska ytterligare.
- SÄS:** Vårdplatstillskott bedöms nödvändigt.

21 Kommentarer/förtydliganden

DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS

1992-1999 är en dynamisk period i barnsjukhusets historia! Den tot slutenvårdsresursen har minskat med nästan 30 %. Föräldramedverkan är en förutsättning för vården, vilket i praktiken innebär att varje pat behöver plats för 1-2 vuxna under mer el mindre omfattande del av dygnet. Slutenvård har ersatts av öppna vårdformer, som inte kräver mindre plats. Region- rikssjukvården har ökat. Ny verksamhet har tillkommit. Sjukhuset har stabilt intagit platsen som Sveriges ledande sjukhus för barn- och ungdom. Det får anses vara en föregångare i att hitta goda och kostnadseffektiva lösn. Korta vårdtider strikt planerad korttidsvård och akut korttidsvård, där aktiv föräldramedverkan drivits mycket långt, är ex på detta. Gränsöverskridande samarbete är en viktig del i framgångskonceptet. Här finns många små pat grupper från hela landet med växlande vårdtyngd, infektions-/immunitetsläge och anhörigsituation. Dess situation fångas inte in av enkäter som vänder sig väsentligen till vuxensjukhusen.

Verksamheten - några milstolpar. 1993-1994 överfördes den öppna barnhjärtkirurgin från Sahlgrenska sjukhuset till BKÖ resp koncentrerades halva Sveriges barnhjärtkirurgi till BKÖ. Planerad och till Socialstyrelsen aviserad tillbyggn för operation/IVA kom inte till stånd.

Successivt ökade även övrig rikssjukvård dramatiskt och många sk riksspecialiteter blev erkända. Många andra kirurger än barnkir förlade sin verksamhet för barn till BKÖ p g a den barninriktade kunskapen. Exempel utöver hjärtkirurgin är transplantationer, öron, ögon, plastik, handkir, neurokir.

Akut korttidsvård infördes med 10 vpl för barnmed.

1997-1998 genomfördes koncentrationen av barn- och ungdomssjukvården från Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset till BKÖ. Därvid satsades på akut korttidsvård - gemensamt för barnmed och barnkir. planerad korttidsvård för både medicin och kirurgi, dagoperativ verksamhet och avancerad öppen vård. Neonatologin nivåstrukturerades. Sammantaget stängdes 3 vårdavd. 1,5 avd öppnades. Vårdkedja med primärvården var en förutsättning med ett överförande av 12 000 akutbesök. Detta har inte infriats. Idag är barnakuten det näst största akutintaget i VGR med ca 47 000 besök per år. SiSiS- utredningen förmådde inte bereda plats för barn från SU/S motsvarande en vårdavd.

Akutintaget har ett oväntat stort inslag av kirurgi, vilket belastar vårdapparaten hårt.

Efterfrågan på rikssjukvård har ökat ytterligare.

Barnsjukvården har dokumenterats som ett av fakultetens profilområden.

Lokalerna: Huset är mycket trångt! Den starkt ökade kirurgin har bara i mycket begränsad omfattn medfört anpassning av operationsfacili-

teterna med en dagoperationssal 1994. Senare myndighetskrav har medfört en reduktion. Akutflödet medför att akutsal måste avsättas. Idag beräknas behovet av operationssalar överstiga tillgången med 60-70 % - bortsett ifrån de barn som vårdas på SU/S. Om operations-/IVA-resurs kunde tillskapas utöver pågående lokalprogram skulle logistikproblemen och den begränsade vårdavdkapaciteten för den somatiska vården lösas. Om de barn som vårdas inom vuxensjukhuset på SU/S kunde beredas plats på barn- och ungdomssjukhuset skulle detta friställa yta där motsvarande en vårdavd. Operation och IVA var ursprungligen ett provisorium utifrån ombyggda vårdavd och vårdavdelningsfunktionen torde utan större investeringar kunna återställas. I övrigt pågår ett lokalprogram, om vilket fattades projekteringsbeslut 1997. På uppskjutna beslut 1998 har barnonkologen redan varit evakuerad till JK-huset i två år.

KUNGÄLV: För närvarande pågår ett dispositionsarbete vid sjukhuset bl a i syfte att tillskapa ytterligare vårdplatser. Detta kan ske genom att öppenvårdsverksamheten, som bedrivs i lokaler avsedda som vårdavdelning, inryms i en nyppförd öppenvårdsbyggnad. Vi kan på detta sätt tillskapa ytterligare 45 vpl. Det utökade vårdplatsantalet kan avlasta sjukhusen i Göteborgsregionen.

NU: Vi ser den här redovisade enkäten som intressant och angelägen. Svarskvalitén påtagligt lidande av den mycket stora tidspress under vilket materialet skulle levereras. Detta gäller såväl verksamhetsföreträdare som sjukhusledning.

Tidsmässigt har er enkät sammanfallit med enkät från BUA avsprioriteringar samt uppföljn av tillgänglighet vid cancer.

Kommer någon form av sammanställning och återrapportering till oss att ske?

Enkät om vårdplatsbehovet - chefläkardel

1 Vilka är de viktigaste negativa medicinska konsekvenserna för patienterna i situationer då sjukhuset har brist på vårdplatser?

SU: Patienter riskerar att få vänta på Akutmottagning efter att beslut om inläggning fattats och innan vårdplats identifierats. Patient riskerar att placeras som "utlokaliserad patient" på vårdenhet avsedd för annan typ av vård. Patient riskerar att placeras som överbeläggning på vård-enhet avsedd för den typ på vård som patienten har behov av. I samtliga fall finns risk med en fördröjning av adekvat vård respektive risk för brister i kontinuitet alternativt kompetens

KUNGÄLV:

- Planerad verksamhet stryks, t ex planerade operationer.
- Förlängda väntetider för pat som väntar på vård.
- Fördröjd diagnos och behandling för pat, som behöver utredas ineliggande.
- Förkortning av vårdtider - för att öka genomströmningen och minska antalet överbeläggningar - kan leda till ökat antal återinläggningar
- Brist på vpl kan leda till att t ex en kirurgpat får vårdas på en medicinavd och då får tas omhand av personal, som är ovan vid kirurgiska sjukdomar.

NU: Den akuta vården tränger ut den elektiva. Åtgärder planerade för elektiv insats kan p g a komplikationer akutiseras och situationen blir mer problematisk för patienter och kräver ett mera avancerat omhändertagande. Ökad risk för infektioner, framförallt tarminfektioner och MRSA.

SkaS: Den konsekvens som kan uppstå är om ändrade prioriteringar sker. I praktiken kan vårdtider kortas med något halvt dygn. Överbelägg-ningsproblematik förekommer i princip end inom medicindivisionen och där finns MAVA (Medicinsk akutvårdsavd) som är avsedd som ett "dragspel" just i dessa situationer.

I vissa fall kan pat få flyttas från andra sjukhusenheter, Lidköping, Falköping till KSS. Detta kan innebära att den läkare som tidigare varit delaktig i vården inte kan hålla kontinuitet.

SÄS:

- Sänkt medicinsk säkerhet.
- Ökade insatser från läkare och övr personal.
- Försämrad ekonomi.
- Försämrat omhändertagande.
- Otillfredsställda patienter o anhöriga.

2 Vilka åtgärder har Du som chefläkare vidtagit för att garantera patienterna medicinsk säkerhet i situationer då sjukhuset har brist på vårdplatser?

SU: Som chefläkare kan jag inte vidtaga åtgärder då mina befogenheter inte innefattar dessa typer av beslut. I vår organisation åvilar ansvar och befogenhet för vårdresursen linjecheferna. I vissa situationer har jag som chefläkare givit råd till sjukhusdirektören att fatta beslut om att inskränka vissa typer av operationer av planerad karaktär, för att ge plats åt akuta patienter. Öppnandet av extra vårdplatser "BEDA" sedan dec. -98 tydliggjort att detta åvilar divisions- eller verksamhets-chef att fatta beslut om sådan åtgärd. Mer informellt har chefläkaren tämligen ofta i diskussioner med bakjourer för olika verksamheter utverkat s.k. utlokaliseringsplats vid trängda situationer.

KUNGÄLV: Rutiner för hantering av överbeläggning har utarbetats (se bil till enkät besvarad av sjukhusdir Ingemar Alfredsson)
Beläggningsrapport skickas från vårdavd 2 gånger/dygn till akut-mottagningen (via internet) för att se hur många platser - överbeläggningar som finns på resp avd, för att lediga platser på sjukhuset skall kunna utnyttjas i första hand.
Antalet överbeläggningar per vårdavd har maximerats till två.
Rutiner har utarbetats för åtgärder i samband med överbeläggningar.

NU:

1. "Fullbelagt - Åtgärdsplan vid överbeläggningar" (bilaga 1)*
2. Regelverk för att öppna ADA-funktionen/infektionsklin (bilaga 2)*
3. Sommarsjukhusledning 1999 (samma regelverk) gäller under sommar- och jul- och nyårsstängningar. (bilaga 3)*
4. Dialogmöten/vårdplatssamordning fredagar i NU-sjukvården. (bilaga 4)*
5. Bemanningsprojekt avd 11. (bilaga 5)*
6. Uppföljning av avvikelserapportering.

Betr personalens kompetens där pat vårdas på "inhyrd vårdplats" redovisas under fråga 3.

SkaS: Inom medicindivisionen finns nedskrivet en policy hur situation med brist på vpl skall hanteras, alltså i ordning man prioriterar. Att först söka vpl inom medicindiv inom geografisk ort, i nästa steg gå över divisionsgräns på den ort det är aktuellt med överbeläggningar och i tredje hand eftersöka platser på hela sjukhuset.

SÄS: Tillskapat nya vpl i Alingsås o Borås. Förbättra samverkan mellan lasaretten och klinikerna. Inrätta ad hoc kommitté för samordning av insatser. Diskussion med externa vårdgivare o kommuner.

* Bilagor har ej bifogats i rapporten.

3 Förekommer det att patienter tillhörande en viss klinik/spec måste läggas på andra kliniker/inom andra spec på grund av vårdplatsbrist?

	SU	Kungälv	NU	SkaS	SÄS
Ja		x		x	x
Nej					

Om ja, vilka åtgärder har Du som chefläkare vidtagit för att garantera patienterna medicinsk säkerhet i sådana situationer?

SU: Ansvaret för den medicinska säkerheten av detta slag åvilar i vår organisation verksamhetschefer som har att organisera vården även i detta fall så att säkerheten upprätthålls och adekvat vård erbjudes.

KUNGÄLV: Rutiner har utarbetats tillsammans med verksamhetscheferna så att patientansvarig läkare går rond på de avd som pat är placerade på. Detta är dock ett ineffektivt arbetssätt ur läkarsynpunkt. Utbildning för vårdpers, samt hospitering på annan klin har genomförts för att säkerställa den medicinska säkerheten. Det fordras dock ytterligare resurser för denna typ av utbildning.

NU: Vi har regelverk av kompetenskrav för personal ansvarig för omvårdnad av "inhyrd patient". Överenskommelse finns angående vilka diagnosgrupper/vårdtyngd/kön som kan hyras in inom annan verksamhet. Vi har möjligheter att använda oss av lokalsjukhusen i ökad omfattning i samband med platsbrist. Regelverk finns för handhavande av akuta pat som via MAVA läggs in på lokalsjukhusen.

SkaS: Här används i första hand vissa avd som då får en viss vana att hantera patienter av internmed karaktär. Patienterna sköts utav specialist stationerad på MAVA. Dessa doktorer har en stor vana att hantera dessa pat. Fullgör konsultuppgifter på ett flertal olika avdelningar och har alltså vana att arbeta med pat som vårdas på andra avd där internmedicinska sjukdomsslag förekommer.

SÄS: Se föreg. Disk om PAL-skap och VC-rollen.

4 Anser Du att det finns något samband mellan överbeläggningar/bristen på vårdplatser och risken för smittspridning av olika infektiösa agens?

	SU	Kungälv	NU	SkaS	SÄS
Ja		x	x	x	x
Nej					

Om ja, vilka åtgärder har Du som chefläkare vidtagit för att garantera patienterna medicinsk säkerhet i sådana situationer?

- SU:** Det finns inom SU inte något tydligt samband. Sjukhuset har haft problem med infektiös gastroenterit (maginfluensa) resp. methicillinresistenta Staphylococcus aureus (antibiotikaresistenta stafylokocker), men vid granskning av var och hur detta förekommit, är det svårt att hävda att smittan spridits p.g.a. överbeläggningar eller brist på vårdplatser.
- KUNGÄLV:** Om antalet överbeläggningar är stort finns det risk att personalen ej hinner med att följa hygienrutinerna och då ökar risken för smittspridning.
- NU.** Ja. Calici-infektioner (orsakar maginfluensa) men även risk för MRSA (antibiotikaresistenta stafylokocker).
- SkaS:** I speciella situationer exv influensautbrott el utbrott av infektiösa tarmåkommor har beläggningssituation och tillgång till rumsstandard betydelse.
- SÄS:** Platsbristen åsidosätter rutiner och omöjliggör riktade åtgärder.

5 Har sjukhushygien/smittskyddsläkare haft synpunkter på antalet vårdplatser och eventuella överbeläggningar?

	SU	Kungälv	NU	SkaS	SÄS
Ja	x	x	x		x
Nej				x	

Om ja, vilka synpunkter har framförts?

SU: Ja, Infektionshygien har i allmänna ordalag framfört synpunkten på att frekventa flyttningar av patienter medför risker för smittöversföring. De aktuella problem som sjukhuset haft under -98 och -99 med vårdrelaterade infektioner har förekommande flyttningarna föranlett ett vårdbehov för patienten från t.ex Spinalenhet till Neurointensivvård tillbaka till Spinalenheten etc. Detta är inte uttryck för omflyttningar i vården p.g.a. platsbrist utan p.g.a. att patienter i olika skeden av ett vårdförlopp kräver olika kompetens.

KUNGÄLV: Om antalet överbeläggningar hålles till 2 per avd bör risken för smittspridning ej öka, om tillräckligt med pers finns, så att hygienrutinerna kan följas.

NU: Ja. Synpunkter har framförts muntligt från verksamhetschefer där man uttryckte oro för sårinfektioner. Framförallt är det dock tarminfektioner av Calicityp som lyfts fram.

Kommentar och förtydnl: NU-sjukv har i samband med strukturarbetet reducerat antalet vårdplatser med 170-200 vpl. Detta innebär en reduktion på ca 15 %. Av erfarenheter hittills visar det sig dock att vårdplatsreduktionen blivit alltför omfattande. Sedan strukturarbete genomförts har medicinklinikens vpl utökats med 18. I samband med strukturarbetet reducerades ej medicinklinikens vpl. Däremot reducerades betydligt medicinklinikens möjlighet att transferera pat samtidigt som det akuta inflödet har ökat. Vi har nu i vårt budgetarbete också lyft fram de oundgängliga behoven av ytterligare kirurgivårdplatser (14) och ortopedi (4). Vi har också inom den rättspsykiatriska vården en mycket alarmerande situation vilket vi själva inte styr över. Betydligt fler döms idag till vård och till allt längre vårdtider och för detta saknar vi idag resurser avsatta.

Den lokalmässiga möjlighet till vårdplatsutökn som finns vid lokal-sjukhusen innebär endast att icke utnyttjad lokalitet finns. Resurser i övrigt i form av jourlinjer, sidospecialiteter och teknisk utrustning saknas för att motsvara den vårdplatsresurs vi saknar på Uddevalla sjukhus och NÄL. Det är ej realistiskt att bemanna eller utrusta för denna typ av vård. Andelen vpl vid närsjukhusen bedömes av oss som varande i jämvikt.

Tillägg: I bilaga 8* redovisas vpl-sammanställning för NU-sjukv.

SkaS: Synpunkter finns givetvis på att exv barriärvård skall fungera oavsett beläggningsituation.

SÄS: Inrätta karantänavd. Bygg om vårdavd.

6 Kommentarer/förtydliganden

SU: I vår organisation har under tiden från SU:s skapande 1997 alltmer tydliggjorts att chefläkarens uppdrag är som medicinsk rådgivare till sjukusdirektör och sjukhusets direktion/styrelse. Vidare ansvarar chefläkaren för medicinsk säkerhet i bemärkelsen patientärenden till Lex Maria resp. från HSAN: Chefläkarorganisationen ansvarar också för patientombudsverksamheten, som hanterar synpunkter på vården från patienter och anhöriga. Ansvar för vårdkvalitet och att hälso- och sjukvårdslagets krav uppfylles, åvilar verksamhetschefer d.v.s. ligger i linjen. Likaledes finns befogenheterna att utöva detta ansvar hos samma chefer. Chefläkarna har i specifika frågor fått delegat från sjukhusdirektören med ansvar för särskilda frågor. Således är chefläkaren sammankallande för Styrgruppen "Vårdrelaterade infektioner" och har också delegation att fatta vissa sjukhusövergripande beslut i denna typ av frågor. Chefläkaren är också sammankallande i sjukhusets överordnade "2000-grupp", som har att ta ställning till hur sjukhuset förbereder sig för millenniumskiftet och fattar vederbörliga beslut med delegation från direktören.

KUNGÄLV: Bristen på vpl och överbeläggningar leder till en ökad belastning på personalen och kan på längre sikt leda till sämre vård. Inläggning av pat på annan klinik/specialitet är ineffektivt ur läkar-synpunkt - t ex gå rond på flera avd. Det fordrar dessutom ökad utb av personalen på vårdavd, så att man klarar vård och behandling av olika specialiteters sjukdomspanorama.

NU:

SkaS: En speciell svårighet är den situation som nu uppkommit då pat som kommer från SU och där risk finns för multiresistenta bakterier, kräver initialt enkelrum. För enheter som tar emot större antal av dessa pat uppstår svårigheter att uppfylla krav på rumsstandard och ibland kan detta påverka hur vårdplatser kan utnyttjas.

SÄS:

* Bilagor har ej bifogats ej i rapporten.

9. MEDICINSKT FÄRDIGBEHANDLADE PATIENTER INOM SLUTEN SOMATISK VÅRD

9.1 Landstingsförbundets inventering den 26 maj 1999.

Från den 1 januari 1992 har primärkommunerna ett obligatoriskt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatiska sjukhusvård som väntar på kommunal vård och omsorg. Landstingsförbundet började redan i mars 1989 göra inventeringar av patienter inom den somatiska akutvården som bedömdes vara medicinskt färdigbehandlade men inte kunnat skrivas ut på grund av resursbrist inom andra vård- eller boendeformer eller av sociala skäl. År 1991 utvidgades inventeringarna till att även omfatta färdigbehandlade patienter inom den geriatriska vården. Inventeringar genomfördes därefter årligen fram till 1994. Senaste undersökningen gjordes 1996.

Den nu aktuella inventeringen genomfördes onsdagen den 26 maj 1999. Undersökningen är gjord i samråd med Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet.

Samma definition av färdigbehandlad har använts i alla Landstingsförbundets undersökningar. Förbundets definition omfattar både personer som väntar på kommunal vård och omsorg och personer som väntar på fortsatt landstingsvård.

I redovisningen av de tidigare undersökningarna har en uppdelning gjorts mellan somatisk akutvård och geriatrisk vård. Vårdorganisationen har emellertid förändrats vilket innebär att geriatriska patienter ofta vårdas på medicinkliniker. Denna redovisning avser därför slutna somatiska sjukhusvård.

9.1.1 Antal färdigbehandlade patienter m.m.

Efter Ädel-reformen och införandet av betalningsansvaret uppgick antalet medicinskt färdigbehandlade patienter i mars 1992 till 3000 patienter på riksnivå. Antalet minskade till 2000 patienter år 1994 på vilken nivå antalet låg kvar år 1996. Antalet har därefter åter minskat till 1400 patienter i maj 1999. De färdigbehandlade utgjorde i maj 1999 6,6 procent av samtliga inneliggande patienter. Andelen har sjunkit från 9,8 procent i mars 1992.

Patienterna har varit färdigbehandlade allt kortare tid sedan 1992. Andelen patienter som varit färdigbehandlade mer än en vecka har minskat från 56 procent 1992 till 30 procent i maj 1999.

Kvinnorna utgjorde 60 procent av de medicinskt färdigbehandlade patienterna i maj 1999. Hälften av kvinnorna var i åldersgruppen 80-89 år. Av männen återfanns 44 procent i denna åldersgrupp. Den närmast största åldersgruppen är 70-79 år.

I maj 1999 var 78 procent av patienterna anmälda som färdigbehandlade till kommun. 15 procent väntade på geriatrisk vård och 7 procent på annan landstingsvård.

9.1.2 Västra Götaland i jämförelse med riksnivån

I Västra Götaland fanns 279 medicinskt färdigbehandlade patienter den 26 maj 1999, vilket utgjorde 7,7 procent av antalet inneliggande patienter. Andelen av inneliggande patienter är något högre än riksgenomsnittet, som uppgick till 6,6 procent. Stockholm hade 284 medicinskt färdigbehandlade vilket motsvarar 9,0 procent av antalet inneliggande patienter. Region Skåne hade 142 färdigbehandlade patienter vilket motsvarar 4,9 procent av antalet inneliggande.

I Västra Götaland hade drygt 65 procent av de medicinskt färdigbehandlade varit färdigbehandlade i 0-3 dagar, vilket är betydligt över riksgenomsnittet som var 46,5 procent. Medianvärdet för antalet dagar som patienterna varit färdigbehandlade var 1,0 dag att jämföras med riksgenomsnittet för mediandagar som uppgick till 5,0 dagar. Resultaten tyder på att utflödena från sjukhusen i Västra Götaland fungerar betydligt bättre än i riket som helhet.

Av medicinskt färdigbehandlade patienter i Västra Götaland var 161 (4,4 % av antalet inneliggande patienter) anmälda till kommun, 78 (2,2 % av antalet inneliggande patienter) väntade på geriatrisk vård och 18 väntade på övrig vård. Det bör noteras att slutet geriatrisk vård endast finns inom SU, NU-sjukvården och Kungälv inom Västra Götalandsregionen.

9.2 Regler om informationsöverföring och samordnad vårdplanering för medicinskt färdigbehandlade samt betalningsansvar

Från och med 1999 gäller enhetliga regler inom Västra Götalandsregionen för informationsöverföring och samordnad vårdplanering för medicinskt färdigbehandlade patienter kopplat till reglerna om kommunernas betalningsansvar. Det primära syftet med reglerna är, att med utgångspunkt i patientens uttalade och outtalade behov, skapa en gemensam grund för att utforma lokala rutiner för informationsöverföring och samordnad vårdplanering, som bidrar till en god och helst en förbättrad samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare.

En avgörande förutsättning för en god samverkan är en god kommunikation och en ömsesidig respekt och förståelse för samverkansparternas skilda behov och förutsättningar. Huvudsyftet är att patienterna på ett optimalt sätt kan överföras mellan olika vårdformer och inte att pengar skall överföras från en vårdgivare till en annan. De nya reglerna bygger på statens reglering av kommunernas betalningsansvar i betalningsansvarslagen och Socialstyrelsens allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Här redovisas bara huvuddelarna av regelsystemet.

9.2.1 Kommunernas betalningsansvar

Det kommunala betalningsansvaret omfattar medicinskt färdigbehandlade patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård inom regionens hälso- och sjukvård.

För att komma ifråga för ett kommunalt betalningsansvar skall patienten ha bedömts vara medicinskt färdigbehandlad av ansvarig läkare och att sjukhuset (regionen) anmäler till kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad.

Kommunens betalningsansvar inträder dagen efter det att sjukhuset anmält hos kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad. **Betalningsansvaret inträder dock tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att den samordnade vårdplaneringen har ansetts inledd.** Betalningsansvaret omfattar inte utskrivningsdag. Ersättningen som kommunen betalar till sjukhuset är 2000 kr per vård dag för 1999.

9.2.2 Begreppet ”medicinsk färdigbehandlad” – Läkarens bedömning inom somatisk vård

Begreppet medicinskt färdigbehandlad har inte närmare preciserats i lagstiftningen. Det ankommer på den för vården och behandlingen av patienten ansvarige läkaren att avgöra om och när patienten är medicinskt färdigbehandlad. Läkaren avgör med utgångspunkt i patientens tillstånd och vad vetenskap och beprövad erfarenhet säger när patienten inte längre behöver den somatiska vård som ges inom regionens slutna hälso- och sjukvård.

Den som bedöms vara medicinskt färdigbehandlad inom den slutna hälso- och sjukvården kan dock vara i behov av fortsatta insatser inom den öppna hälso- och sjukvården. Vid bedömning av om en patient är medicinskt färdigbehandlad är det därför nödvändigt att ansvarig läkare tar hänsyn till vilka resurser som finns inom den öppna hälso- och sjukvård som regionen har ansvar för.

Läkaren måste, bl a för att kunna trygga kontinuiteten i vård och omsorgsarbetet, avgöra om den öppna hälso- och sjukvård som regionen skall svara för är tillräcklig för patientens behov. Först därefter bör det vara möjligt att kunna bestämma att patienten är färdigbehandlad i slutna vård. När läkaren beslutar att patienten är färdigbehandlad skall läkaren också ha för avsikt att skriva ut patienten från vårdavdelningen. Att vara medicinskt färdigbehandlad innebär således att regionens öppna hälso- och sjukvård kan ge de insatser som regionen skall svara för och inte enbart att man inte längre behöver den vård och behandling som ges inom sjukhusets slutna vård.

I Västra Götaland har träffats överenskommelse om att kommunerna, utöver sitt ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen, också ansvarar för sjukvård i hemmet, dock ej läkarinsatser. Den ansvarige läkaren bör därför beakta att kommunens sjukvårdskompetens normalt inte överstiger nivån distrikts-/psykiatrisköterska. Detta förhållande innebär att för enstaka patienter kan aktualiseras behov av patientrelaterad handledning till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. De närmare regleringen av detta ansvar framgår av de regiongemensamma reglerna.

9.2.3 Samordnad vårdplanering

Så fort underlag föreligger att patienten efter utskrivningen behöver fortsatt vård och omsorg bör en samordnad vårdplanering inledas. Med detta avses en samordning av fortsatta insatser i den slutna vården och de insatser som kan vara aktuella inom socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården (både regionens och kommunens) efter sjukhusvistelsen.

När ansvarig läkare inom den slutna vården tagit ställning till att patienten kan behöva vård och omsorg efter sjukhusvistelsen, skall – om patienten samtycker till det eller det

kan antas att patienten inte har något att invända mot det information om patienten översändas till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården.

Den samordnade vårdplaneringen syftar till att skapa förutsättningar för att det kommande överförandet till socialtjänsten kan ske på ett så smidigt sätt som möjligt och den enskildes behov av olika insatser kan tillgodoses snarast efter utskrivningen från sjukhuset.

Den information som översändes skall, såvida inte lokala parter kommer överens om annat, bestå av en beskrivning av patientens psykiska och fysiska funktionsförmåga, aktuella åtgärder samt en preliminär bedömning av vårdtiden på sjukhuset och av fortsatta insatser från hälso- och sjukvården samt behov av kontakt med socialtjänsten. Har informationen inkommit till kommunen vardag, senast kl 16 00, anses den inkommen samma dag. I annat fall anses den inkommen påföljande vardag. Har informationen inkommit lördag, söndag, helgdag, samt midsommarafton, julafton och nyårsafton anses den inkommen närmast påföljande vardag.

Informationen till kommunen bör snarast möjligt och senast inom en dag bekräftas av kommunens företrädare, antingen per telefax, data eller telefon. Den samordnade vårdplaneringen anses inledd när kommunen har bekräftat mottagandet av informationen. Om informationen inte bekräftas inom en dag, anses vårdplaneringen ändå inledd dagen efter det att informationen ansågs inkommen till kommunen.

Kommunens betalningsansvar inträder således tidigast fem vardagar (ej lördag och vissa aftnar) efter det att den samordnade vårdplanering har ansetts inledd enligt det regelsystem som beskrivits ovan.

9.2.4 Praktiska konsekvenser av reglerna om tidsfristernas beräkning och kommunens betalningsansvar

I praktiken får regelsystemet följande konsekvenser för betalningsansvarets inträde.

Den dag sjukhuset överför information till kommunen, den så kallade **varseldagen**, är dag 1. Till detta kommer **fem dagar**, vardag måndag till fredag, för **samordnad vårdplanering**. Eftersom det inte går att få ut sex vardagar, måndag till fredag, i en följd så tillkommer alltid lördag och söndag, som inte får räknas i detta sammanhang.

Planeringstidens längd är därför i praktiken alltid minst åtta kalenderdagar innan kommunens betalningsansvar inträder. Om helgdag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton infaller under måndag till fredag i den aktuella perioden, så förlängs planeringstidens längd mätt i kalenderdagar i motsvarande utsträckning.

9.2.5 Vård i livets slutskede

För att försäkra en patient som befinner sig i livets slutskede ett tryggt och värdigt omhändertagande måste vårdinsatserna samordnas på ett optimalt sätt. I Västra Götalandsregionen har skapats särskilda regler i dessa avseenden för att bättre kunna tillgodose patientens önskemål. Reglerna har i huvudsak följande innehåll.

Om patienten önskar få vårdas i det egna hemmet eller i det särskilda boendet, så bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten kunna bistå denna önskan. Flyttningar från det

egna hemmet eller det särskilda boendet till sjukhus bör endast erbjudas om sjukhusvården bedöms medföra en ökad livskvalitet för patienten.

Om patienten är flyttbar men inte vill flytta från slutenvård till annan vårdform så skall han inte bedömas vara medicinskt färdigbehandlad.

9.2.6 Diskussion

Ju mindre ersättning ett sjukhus får för medicinskt färdigbehandlade, desto bättre fungerar utflödet av medicinskt behandlade **i förhållande till gällande regelsystem**. Denna ersättning är således ingen inkomst i vanlig bemärkelse utan en avgift för att kommunen inte kunnat ta hem patienten inom den stipulerade tidsgränsen och därmed i princip fördröjt utflödet av patienter från sjukhuset. Det optimala förhållandet ur flödessynpunkt och därmed sjukhusets behov av vårdplatser är därför att sjukhusets intäkter för medicinskt färdigbehandlade är 0 kr.

Syftet med det kommunala betalningsansvaret är att skapa incitament för kommunen att ha en tillräcklig kapacitet att inom viss tid kunna ta över ansvaret för patienten. I takt med att kommunens ersättning till sjukhusen minskar så minskar också kommunens incitament. Det är därför föga troligt att sjukhusens intäkter i praktiken kommer ner till 0 kr.

Även om sjukhuset inte skulle få någon ersättning alls för medicinskt färdigbehandlade, så innebär detta inte att vårdplatser inte är belagda med medicinskt färdigbehandlade patienter eftersom planeringstiden är minst åtta kalenderdagar innan betalningsansvaret inträder.

Enligt Landstingsförbundets inventering fanns det i maj 1999 i Västra Götaland 279 medicinskt färdigbehandlade patienter, vilket utgjorde 7,7 procent av antalet inlagda patienter. Av dessa var 161 (4,4 % av antalet inlagda patienter) anmälda till kommun, 78 (2,2 % av antalet inlagda patienter) väntade på geriatrisk vård och 18 väntade på övrig vård. Landstingsförbundets teknik, att redovisa antalet medicinskt färdigbehandlade som andel av det totala antalet inlagda patienter inom slutenvård, kan leda till en underskattning av problemets omfattning. Problemet med medicinskt färdigbehandlade är inte lika stort inom alla kliniker. Det är relativt sett vanligare inom t ex internmedicin, geriatrik, rehabilitering, kirurgi och ortopedi. Detta kan vara förklaringen till att SU, NU och SÄS samt i viss mån Kungälv, i enkätsvaren anger att kommunerna inte tar emot färdigbehandlade patienter tillräckligt snabbt som en av de huvudsakliga orsakerna till överbeläggningar inom sjukhusen.

I avsnittet om medicinteknologisk utveckling redovisas en kontinuerlig förkortning av medelvårdtider inom samtliga sektorer under perioden 1981-1994. För t ex internmedicin redovisades utvecklingen enligt följande. **Tabell 13.**

År	Medelvårdtid
1981	10,8
1986	8,9
1991	7,8
1994	6,1
1998*	5,4

* Verksamhetsberättelse för internmedicin 1998, SPRI och Svensk Internmedicinsk Förening

Efter snart tio års erfarenhet av Ädelreformen, överföring av patienter mellan olika vårdformer, samordnad vårdplanering etc reses frågan om det, mot bakgrund av både den medicinteknologiska utvecklingen med allt kortare vårdtider och de tekniska möjligheterna att snabbare och bättre kunna överföra erforderlig information från sjukhusen till kommunerna, är rimligt med en planeringstid på minst åtta kalenderdagar innan kommunens betalningsansvar inträder. Är tiden nu mogen för en översyn av betalningsansvarslagens regler i dessa avseenden? Syftet med en sådan översyn skulle vara att optimera utflödet av patienter från sjukhuset och göra det mer kongruent med inflödet och inte att överföra mer pengar från kommunerna till sjukhusen.

För att kunna nå en väsentlig minskning av problemet med antalet medicinskt färdigbehandlade som väntar på kommunal vård krävs en ändring av reglerna i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404). Regeln är dispositiv till sin utformning, vilket innebär att om ett landsting (regionen) och en kommun inte kommer överens om något annat så gäller reglerna i lagens § 11, vilken utgör grunden för regionens nuvarande regelsystem.

Om tiden för samordnad vårdplanering exklusive varseldagen, till exempel skulle förkortas från fem dagar till tre dagar innan betalningsansvaret inträder så kan det ställa ökade krav på kommunens kapacitet och resurser. Begränsningen i lagen att varken tidsfristen för betalningsansvaret kan börja löpa eller att betalningsansvaret inte kan inträda under en lördag, en söndag eller en helgdag synes otidsenlig för verksamhet som bedrivs dygnet runt och är i vart fall inte kongruent med det akuta inflödet av patienter till sjukhuset, som inte låter sig begränsas av vilken veckodag det är.

Patienter som skrivs ut från slutna vård kan delas in i tre kategorier med hänsyn till behovet av samordnad vårdplanering. En stor andel av utskrivna patienter har inte behov av primärkommunala insatser efter sjukhusvistelsen och därmed finns inget behov av samordnad vårdplanering. En andra kategori av patienter hade kommunala insatser före sjukhusvistelsen och har ett oförändrat behov av insatser vid utskrivningen. Den tredje kategorin har ett förändrat behov av insatser från kommunen efter sjukhusvistelsen. En förkortning av planeringstiden berör således inte alla som skrivs ut från slutna vård i lika hög grad.

10. VÅRDPLATSBEHOVET

10.1 Om begreppet vårdplatsbehov

Vårdplatsbehovet kan inte mätas direkt men väl indirekt genom beläggningsmätningar. Beläggningsmättet har emellertid vissa svagheter, vi skall nedan återkomma till detta.

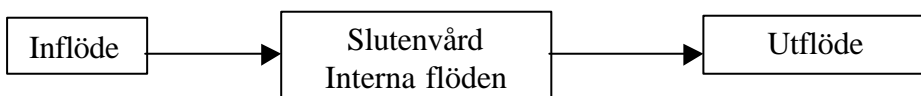
Begreppet vårdplats innefattar dels en sängplats och dels de resurser som är knutna till vårdplatsen. Sängplatsen måste vara belägen på en vårdavdelning som möter de hygieniska och medicinska krav som ställs av den allmänna sjukvårdsstandarden och tillsynsmyndigheternas krav. Resurserna som är knutna till vårdplatsen utgörs dels av dygnetruntservice i form av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare, dels av övriga resurser som finns på sjukhuset till exempel röntgen, laboratorier, intensivvårdsavdelning etc. Varje sjukhusledning har möjlighet att välja hur resurserna skall disponeras. Historiska och lokalmässiga förhållanden begränsar dock den verkliga valfriheten.

Ett exempel på att två sjukhus med nästan identiska resurser valt olika vägar visas i utredningen Skaraborgs sjukhus och Södra Älvsborgs Sjukhus - en jämförelse mellan två sjukhusgrupper. Utredningen visar att Skaraborgs sjukhus har fler vårdplatser och mindre personal än Södra Älvsborgs Sjukhus.

10.2 Teoretisk modell

För att besvara frågan om vad som styr vårdplatsbehovet behöver man en modell för hur behovet uppstår.

Den enkla modell som skall användas ser ut som följer:



I sin allra enklaste utformning handlar behovet av slutenvårdsplatser om inflödet, dvs antalet inskrivningar, om själva slutenvården, dvs vad som utspelas på sjukhuset under vårdtiden och utflödet, dvs antalet utskrivningar. För att upprätthålla balans krävs att utflödet är lika med inflödet. Varje dag måste lika många patienter skrivas ut som tas in.

Strävanden att påverka inflödet har inriktats på att öka primärvårdens möjligheter att ta hand om patienterna inom öppenvården och därmed förhindra inläggningar samt att förbättra kommunikationerna mellan den kommunala sjukvården och sjukhusen. Trots detta har antalet vårdtillfällen ökat under 1980 och 1990-talet. Man kan således konstatera att dessa försök inte har varit framgångsrika.

Vi skall i det följande analysera de tre olika komponenterna i modellen för att beskriva vilka faktorer som avgör komponenternas relativa betydelse och volym.

10.2.1 Inflödet

Ett flertal faktorer påverkar inflödet till slutenvården däribland:

- Faktisk sjuklighet
- Medicinsk praxis och lokala traditioner rörande vilka som behöver läggas in
- Den medicinsk/tekniska utvecklingen
- Tillgången till alternativa vårdmöjligheter
- Den spontana variationen över tiden i sjuklighet
- Andra vårdnivåers hindrande – ”grindvaks-” effekt
- Tillgång till vårdplatser
- Tillgång till vårdplatser på närliggande sjukhus

En primär faktor som styr inflödet är den faktiska sjukligheten. Det finns flera belägg som talar för att sjukligheten inom vanliga sjukdomsgrupper varierar mellan olika områden i Västra Götaland (Västsvensk folkhälsorapport 1998).

En annan faktor som styr inflödesvolymen är i vilken mån endast de patienter som behöver slutenvård läggs in. Sjukhus/läkare har till viss del olika syn på vilka patienter som behöver slutenvård. Dessa skilda synsätt bidrar till den variation som finns vad gäller slutenvårdskonsumtionen.

I vissa fall har den medicinsktekniska utvecklingen möjliggjort att poliklinisk vård är ett bra alternativ till slutenvården. Några exempel kan ges. Före medicinsk behandling av magsår opererades ett stort antal patienter vilket krävde både stora operationsresurser och sängplatser. Djup ventrombos (propp i benens djupa vensystem) krävde fram till mitten av 1990-talet slutenvård men vården kan nu till stor del ske i hemmet det visats att patienten själv kan sköta läkemedelsadministreringen. I det första fallet gällande magsår har en enkel medicinering ersatt kirurgin, i det andra har medicineringen förenklats men nya krav har uppkommit. Den vårdande kliniken måste istället förstärka den öppna vården för att sköta kontrollerna. Inom ett antal vårdområden finns det idag alternativ till slutenvården. Variationen är stor när det gäller i vilken utsträckning som tidigare sluten vård har polikliniserats (Sjukvården i Sverige 1998).

Ytterligare en faktor som påverkar inflödet är vilka vårdalternativ som står till buds. Om slutenvården inom sjukhusen inte är det enda alternativet kan inflödet minskas. För patienter som redan idag vårdas inom den kommunala sjukvården kan ett alternativ vara att fortsätta denna vård. Detta ställer krav på sjukhuset/primärvården i så motto att de skall tillhandahålla råd och stöd om så behövs, att sjukhuset har gett fullödlig information om patienten efter tidigare slutenvård vid överlämnandet till den kommunala sjukvården och att sjukhuset/primärvården eventuellt skall hjälpa till med en bedömning av patienten för att avgöra om han/hon lämpligen kan vårdas inom den kommunala sjukvården. I de fall där patienten trots akutisering av sin grundsjukdom skall fortsätta vårdas inom kommunsjukvården måste primärvårdens läkare ta ett stort ansvar. Lämpliga patientgrupper där fortsatt kommunal sjukvård kan vara ett alternativ till sjukhusvård är hjärtsvikt, vissa cancersjukdomar där endast palliativ vård är aktuell och enklare akuta infektioner hos multisjuka patienter.

Andra betydelsefulla faktorer som styr inflödets storlek är de spontana variationer som finns över tiden. Det gäller säsongsvariationer, veckovariationer och variationer över

dagen. Som visas på annan plats i rapporten är dessa växlingar stora. Det har nyligen visats att en beläggning vid ett sjukhus på över 85-90% med matematisk nödvändighet medför upprepade vårdplatskriser och effektivitetsförluster som ger betydligt långvarigare störningar än den tid som inflödet är ökat (Bagust m fl BMJ 1999). För att sjukvården skall kunna svara mot de inflödesvariationer som faktiskt förekommer bör/kan arbetsorganisationen anpassas till förändringarna. Säsongsvariationer kan i viss mån mötas med införande av årsarbetstid och vecko- och dagsvariationer genom att arbetsstyrkans storlek till viss del görs avhängig av belastningen. Detta ställer krav på att sjukhusen analyserar sitt eget variationsmönster och att man anpassar arbetsstyrkan till detta. Därutöver måste sjukhusen ha regler och system för att kalla in personal vid belastningstoppar. Även om akutsjukhuset förmår anpassa sig till variationer kan brist på samma förmåga i efterföljande vårdformer leda till snabbt förvärrad situation på akutsjukhusen.

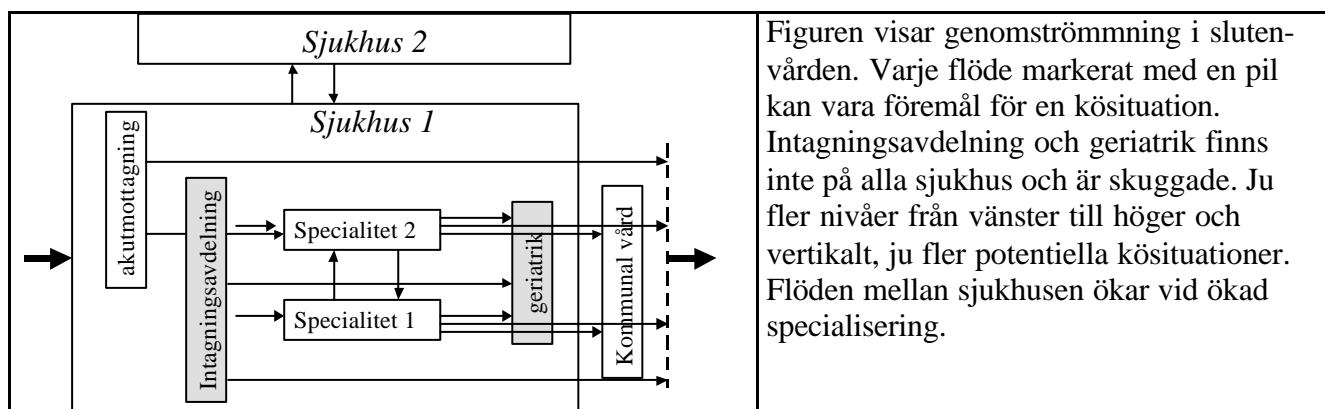
I många sammanhang hävdas att en väl fungerande primärvård minskar slutenvårdsbehovet. Men om en väl fungerande primärvård verkligen leder till ett minskat behov av slutenvård är föremål för debatt (Reid m fl, BMJ 1999)

Faktisk tillgång på vårdplatser vid ett sjukhus ökar benägenheten för inläggning och vid akut platsbrist på ett närliggande sjukhus kan det leda till ökad inströmning av patienter med slutenvårdsbehov.

10.2.2 Slutenvården

Det som händer under sjukhusvistelsen, det man kallar vårdprocessen, är avgörande för vårdtiderna och därmed sjukhusets möjligheter att ta emot nya patienter. Korta vårdtider ökar flödes hastigheterna på sjukhuset och därmed sjukhusets möjligheter att hålla en hög produktivitet.

Patientflödet kan vara mycket komplext. I sin enklaste form tas patienten in och färdigvårdas på en avdelning. I sin mest komplicerade form passerar patienten akutintaget följt av intagningsavdelning för att därefter vårdas på en eller flera olika specialistavdelningar innan eftervård sker på rehabiliteringsavdelning eller geriatrisk avdelning före utskrivningen till kommunen. Alla flyttningar medför risk för köbildning. Under detta vårdflöde är effektiviteten i platsutnyttjandet även starkt beroende av andra interna flöden till laboratorier, röntgen, operationsavdelning och konsultationer mm.



Figuren visar genomströmning i slutenvården. Varje flöde markerat med en pil kan vara föremål för en kösituation. Intagningsavdelning och geriatrik finns inte på alla sjukhus och är skuggade. Ju fler nivåer från vänster till höger och vertikalt, ju fler potentiella kösituationer. Flöden mellan sjukhusen ökar vid ökad specialisering.

Figur 9. Flöden inom slutenvården

I de fall då patientens vård även fordrar rehabilitering är sjukhusen i Västra Götaland organiserade på två principiellt olika sätt. Den ena modellen innebär att patienten vårdas på en och samma enhet under hela sjukdomstiden. Till exempel så kan strokepatienten vårdas på samma avdelning och samma klinik trots att vårdens innehåll blir alltmer rehabiliterande. Den andra modellen innebär att patienten flyttar från akutkliniken till en rehabiliterande enhet då rehabiliteringsinnehållet i vården överväger. Dessa två olika modeller är mer eller mindre renodlade på olika sjukhus. Det första alternativet återfinns framförallt inom NU-sjukvården, SkaS och SÄS medan det andra till övervägande del ses på Kungälv och vid SU. Båda modellerna har sina fördelar och nackdelar, ingendera kan sägas vara överlägsen den andra men fler vårdnivåer innehåller fler moment där väntetider kan uppstå. Då man vid sjukhusen använder begreppet färdigvårdad patient får begreppet olika innebörd beroende på vårdflödena. Då man i det förstnämnda fallet (patienten vårdas på samma klinik hela vårdtiden) anger att en patient är färdigvårdad menar man att patienten kan flyttas över till kommunal sjukvård. I det andra fallet (patienten flyttar från akutenhet till enhet med rehabilitering) innebär begreppet färdigvårdad patient antingen att patienten väntar på fortsatt vård vid rehabiliteringsenhet som tillhör sjukhuset eller att patienten kan flyttas över till kommunal sjukvård.

Bed management är en term som används i flera anglosaxiska länder. Den syftar på de aktiviteter som sjukhus kan använda sig av för att utnyttja befintliga vårdplatser på ett effektivt sätt. För att samordna dessa aktiviteter kan sjukhusledningen skapa en intern enhet på sjukhuset med uppgift att hantera vårdplatsfrågan. Genom en sådan enhet kan

- ansvar och befogenheter för att hantera vårdplatsfrågor preciseras
- krissituationer hanteras på ett optimalt sätt
- system upprättas för att hålla kontroll över belagda och lediga vårdplatser
- vårdplatsutnyttjandet för sjukhuset som helhet och per specialitet följas upp
- kvalitetsproblem som är relaterade till vårdplatsbrist kan följas upp
- förslag till åtgärder rörande långsiktiga problem inom området kan läggas fram

Sjukhusens förmåga att hantera vårdplatsfrågan i en tid då antalet platser troligen är i underkant påverkas också av möjligheterna att skriva ut patienter på annan tid än kontorstid. Om bemanningen på såväl läkar- som sjuksköterskesidan tillåter utskrivningar från morgonen fram till 20 – 21-tiden alla dagar i veckan kan man delvis förhindra överbeläggningar.

Ju bättre ett sjukhus kan hantera vårdplatsfrågan desto mindre problem uppkommer. I den enkät som skickats ut till sjukhusledningarna har vi frågat efter några av dessa aktiviteter. Svaren redovisas tidigare. God ledning kan dock aldrig ersätta sjukhusets basala vårdplatsbehov. Under en viss vårdplatsnivå, som är specifik för varje sjukhus, får man problem oavsett hur skicklig man är inom området bed management.

I en artikel i den ansedda engelska tidskriften British Medical Journal redogör tre forskare vid University of York för ett simuleringsexperiment där man undersökt hur slumpmässiga variationer i intagningsnivån påverkar beläggningen. Under förutsättning att ett akutsjukhus skall kunna erbjuda nya patienter en vårdplats finns det övre begränsningar i beläggningsnivån. Om den genomsnittliga beläggningen ligger på omkring 85 procent börjar vårdplatsproblem att uppstå. Vid beläggningsnivåer på 90 procent och däröver uppkommer regelbundna kriser med överbeläggningar och risk för att akutsjukhuset inte ens kan erbjuda patienten en säng. Författarna visar i artikeln att det måste finnas en reservkapacitet (dvs en medelbeläggning som ligger under 90 procent)

för att akutsjukhuset skall kunna fullgöra sin uppgift att erbjuda omedelbar slutenvård för de patienter som behöver det.

Behovet av att sjukvården ges på ett värdigt sätt påverkar vårdplatsbehovet. Patienten har behov av integritet, möjligheterna att tillgodose detta minskar om vårdsalarna är överbelagda. Patienter som är i livets slutskede har särskilt stor rätt att kräva avskildhet i form av enskilt rum. Detta är en faktor som inte får försummas när man på lokal nivå värderar vårdplatsbehovet.

10.2.3 Utflödet

Ett flertal förhållanden kan identifieras som påverkar utflödet från slutenvården:

- Medicinsk praxis, tradition
- Kapacitet i den kommunala omsorgen
- Författningsbestämmelser om kommunalt betalningsansvar
- Planeringstid för samordnad vårdplanering
- Kapacitet hos andra specialiteter, interna flöden till andra specialiteter
- Interna väntetider, t.ex. röntgen, lab etc.
- Försämrade/förlångsammade flöden under helger
- Spontan variation i utflödesmöjligheterna
- Geografisk närhet
- Tillgång på vårdplatser, incitament till utskrivning

När en patient är färdigvårdad vid akutsjukhuset spelar hans/hennes funktionsstatus stor roll för vårdbehovet efter sjukhusvistelsen. Ju sämre funktionsstatus patienten har desto större är vårdbehovet och utskrivningen blir avhängig av att efterkommande led i vårdkedjan har möjlighet att ta över vården. Ett vanligt hinder för utskrivning är att kommunerna inte har möjlighet att ta emot patienten förrän efter en viss förberedelsestid. 5 vardagar efter det att kommunen underrättats inträder kommunens betalningsansvar. I ett nationellt perspektiv har antalet patienter som väntar på kommunal sjukvård minskat under 1990-talet, se avsnittet om medicinskt färdigbehandlade patienter.

10.3 Slutsatser

Givet samma resurser, samma verksamhet och samma krav på vårdkvalitet skulle sjukhuset kunna organiseras på olika sätt och därmed skulle antalet vårdplatser kunna variera beroende på lösningen. Vårdplatserna kan alltså variera inom ett visst intervall även om samma arbetsuppgift skall utföras. Behovet av vårdplatser är därmed relativt. Det finns ingen exakt sanning om hur många vårdplatser ett sjukhus skall ha. Vårdplatsbehovet är en funktion av sjukhusets organisation och inre vårdflöden. Men, ett sjukhus kan de facto behöva fler vårdplatser än ett annat med samma arbetsvolym beroende på sjukhusets inre samband till exempel antalet sjukhusbyggnader som samverkar med varandra, möjligheterna att omvandla slutenvård till öppenvård etc.

11. ATT MÄTA OCH JÄMFÖRA VÅRDPLATSBEHOVET

Vårdplatsbehovet kan kvantifieras genom att mäta beläggningen. För att beräkna beläggningen krävs uppgifter om antal vårdplatser och antal vård dagar. Då vi värderar beläggningssiffrorna måste vi ställa oss ett antal frågor rörande grunduppgifternas tillförlitlighet. En diskussion om detta förs i beläggningsavsnittet i denna utredning.

Utöver denna allmänna källdatavärdering måste man fråga sig på vilken nivå vårdplatsjämförelsen skall ske. Skall jämförelsen göras mellan kliniker, olika specialiteter eller mellan sjukhus? För att försöka besvara frågan börjar vi med ett resonemang kring vad som förenar och skiljer olika vårdplatstyper.

11.1 Vårdplatserna är inte lika och jämförbara

Vårdplatserna är inte lika och därmed inte jämförbara med varandra på grund av att

- personalens kompetensprofil varierar mellan olika specialiteter. Vårdplatser är alltså inte fritt utbytbara i en bristsituation.
- de resurser som är knutna till vårdplats inom olika specialiteter vid ett och samma sjukhus varierar
- de resurser som i genomsnitt är knutna till vårdplats inom en specialitet kan variera mellan olika sjukhus, så kan till exempel personaltätheten variera.

En vårdplats på en geriatrisk enhet är inte jämförbar med en vårdplats på till exempel en kirurgisk vårdavdelning. Personaltätheten på en ordinär medicinavdelning är lägre än på hjärtintensivvårdsavdelningen. Personalresurserna på två kirurgavdelningar vid till exempel sjukhuset i Kungälv respektive Sahlgrenska Universitetssjukhuset är inte lika. Dessa argument talar emot att jämföra vårdplatser/vårdplatsbehov på sjukhusnivå snarare bör man jämföra på lägre nivåer till exempel specialitet, klinik etc. Vilka möjligheter finns för jämförelser under sjukhusnivån?

Specialitet är ett begrepp som hänför sig till läkarprofessionens kompetensprofilering och som i regel följer den uppdelning av läkaryrkets olika områden som gjorts av Socialstyrelsen. Det finns för närvarande ett 50-tal specialiteter varav drygt 30 är kliniska specialiteter. Någon möjlighet att få fram data som ger uppgift om vårdplatser per specialitet finns inte.

Klinikbegreppet anknyter delvis till specialitetsbegreppet. Vilka möjligheter finns att jämföra vårdplatsnivån på kliniknivå? För att belysa frågeställningen tar vi ett exempel. En kirurgisk enhet på ett länsdelslasarett har hand om allmän kirurgi, urologi och ortopedi. Vid ett länslasarett finns det istället kliniker för kirurgi och ortopedi och möjligen även urologi. För att jämföra dessa måste man alltså slå samman specialklinikernas vårdplatser så att de täcker samma vårdinnehåll som den kirurgiska kliniken på länsdelslasarettet. Att göra tvärtom dvs dela upp vårdplatserna på länsdelskliniken mellan de olika specialklinikerna är nästan omöjligt och dessutom otillförlitligt. Jämförelser på kliniknivå utan att göra justeringar för vårdinnehållet är alltså inte relevanta.

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset har man en divisionsindelning som avviker från den traditionella organisationen. Inom division B inryms dels medicin med angränsande

specialiteter men även kirurgiska verksamheter som hjärt-lungtransplantation, thoraxkirurgi och kärlkirurgi. I vissa fall delar icke-opererande och opererande verksamheter vårdplatser, åtminstone i bristsituationer. Divisionen är i vissa fall redovisande enhet medan verksamhetsområden som till exempel medicin och lungmedicin redovisas som separata enheter i till exempel de patientadministrativa systemen.

Vi kan av ovanstående redogörelse dra slutsatsen att vårdplatsjämförelser baserade på organisatoriska enheter, kliniker eller divisioner, inte är lämpliga.

Flödena för olika patientgrupper/sjukdomsgrupper ser mycket olika ut vid sjukhusen. Ett exempel är höftfrakturer. Vid vissa kliniker både opererar och färdigrehabiliterar man patienten under ett ock samma vårdtillfälle på ortopedkliniken medan man vid andra enheter först har en kort vårdtid på en kirurgisk/ortopedisk klinik och sedan ett nytt vårdtillfälle på en geriatrisk/rehabiliteringsklinik. Även om man således har samma klinikorganisation på den opererande sidan är vårdinnehållet mycket olika mellan kliniker. Det gör att även vårdplatsbehovet varierar för kliniker som skenbart behandlar samma patientgrupper. Likartade förhållanden finns för strokevården, vården av patienter med andningssvikt samt i vissa fall vården av patienter med hjärtsvikt. Det rör sig således om stora och betydelsefulla patientgrupper där man inte kan bortse från detta förhållande. Detta faktum gör att man vid jämförelser blir benägen att slå samman allt mer vårdplatser då man avser att jämföra vårdplatstillgången.

11.2 Slutsatser

Vi har konstaterat att vårdplatsjämförelser som utgår från befintlig klinikorganisation, kommer att ge missvisande resultat. Vårdplatsjämförelse bör därför göras på aggregerad nivå, sjukhus- eller sjukhusgruppsnivå. Tillgången på data gör att vi valt att jämföra vårdplatser mellan sjukhusgrupper. Samtidigt kommer de invändningar vi själva gjort mot sådana makrojmförelser att vara giltiga även för våra slutsatser.

Ett annat sätt att göra jämförelser är att utgå från sjukdomsgrupper och jämföra resursanvändningen för den utvalda gruppen vid olika sjukhus. Detta angreppssätt kombinerar medicinska och ekonomiska aspekter. Det har inte varit möjligt att i denna utredning göra sådana jämförelser eftersom det kräver helt andra tids- och resursmässiga ramar än de som varit gällande för denna utredning.

11.3 Beläggning

11.3.1 Inledning

Beläggningsnivån, det vill säga hur stor del av tillgängliga platser som utnyttjas, är beroende av hur många platser som finns och antalet individer som är inlagda. Antalet individer som är inlagda beror av

- medelvårdtiden. Den beror i sin tur på hur snabbt patienter skrivs ut vilket styrs av faktorer som diskuterats under avsnitt "vårdplatsbehovet". Om medelvårdtiden kan sänkas minskas beläggningsnivån vilket kan leda till minskat vårdplatsbehov eller till fler vårdtillfällen på samma antal vårdplatser.
- inläggningsstrategin. Den styrs av ett flertal faktorer som diskuterats under avsnittet "vårdplatsbehovet".

Graden av beläggning skulle kunna vara ett mått på behovet av vårdplatser men i praktiken är det inte ett tillförlitligt mått eftersom tillgång på vårdplatser styr såväl inflöde som utflöde från slutenvården. Däremot kan en mycket hög beläggning vara en indikator på en relativ brist på vårdplatser eller ett mindre effektivt utnyttjande av vårdplatsresursen. Det finns dock med nuvarande medicinska standard en nivå som inte kan underskridas om man skall uppfylla vad som anses vara medicinskt godtagbar standard. Detta gäller för i stort sett alla specialiteter. Detta är dock ett mer allmänt konstaterande. Var denna nivå ligger för respektive specialitet är inte klart; det saknas en etablerad norm för detta.

Beläggningsberäkningar kräver tillgång till uppgifter om antal vårddagar och antal vårdplatser. Beläggningsberäkningen under ett år beräknas enligt följande formel:

$$\left[\frac{\text{antal producerade vårddagar}}{\text{antal vårdplatser} \times 365} \right] \times 100$$

Vid beräkning av antalet vårddagar räknas in- och utskrivningsdag som en vårddag. Det innebär att om patienten skrivs in och ut samma dag eller om han skrivs in en dag och ut nästa så räknas i båda fallen detta som en vårddag.

Beräkningen förutsätter tillförlitliga data beträffande de två variablerna men i praktiken finns många betydande felkällor.

Nedan följer en beskrivning av vanliga felkällor.

11.3.2 Felkällor vid beräkning av vårddagar

Det är vanligt att beräkna antal vårddagar genom att summera antalet vårddagar för alla patienter som skrivits ut under beräkningsperioden.

Det medför att vårddagar som ligger före beräkningsperiodens början inkluderas i mätningen men vårddagar för patienter som skrivs ut efter beräkningsperioden exkluderas såvida man inte gör erforderliga korrigeringar. Inom somatiken är detta vanligtvis ett mindre problem men inom psykiatrin kan detta beräkningssätt orsaka påtagliga fel. Se nedan!

Ett annat sätt att räkna vårddagar är att räkna antalet producerade vårddagar, dvs det antal dagar då en patient varit inskriven under mätperioden. Detta sätt att räkna vårddagar är inte behäftat med ovanstående fel men tyvärr är metoden något mer komplicerad och erfordrar dessutom en ny typ av databas som även inkluderar inskrivna men ännu ej utskrivna patienter. Vissa sjukhus tillämpar den sistnämnda metoden då de vid årsskiftet beräknar sjukhusets vårddagssumma.

De vårddagsuppgifter som lämnats av sjukhusen i enkätsvaren har jämförts med uppgifter i den västsvenska slutenvårdsdatabasen för 1997. Jämförelsen som rör antalet vårddagar inom den somatiska vården har på ett sjukhus visat stora differenser, i storleksordningen 9 procent, mellan enkätuppgifterna och uppgifterna i slutenvårdsdatabasen på ett sjukhus. Vid ett annat sjukhus var skillnaden knappt 5 procent. För övriga sjukhus är differensen kring en procent. De stora differenserna mellan uppgifter som lämnats på datamedium (och som skall överensstämma med de uppgifter som lämnats

till Socialstyrelsens slutenvårdsregister) och uppgifter som lämnats i enkäten styrker också slutsatsen ovan att vissa sjukhus saknar tillräcklig kontroll över antalet producerade vård dagar och indirekt därmed över vårdplatsresursen. Det verkar finnas ett visst samband mellan sjukhusets storlek och sjukhusets möjligheter att hålla kontroll över vårdproduktionens storlek.

11.3.3 Felkällor vid angivande av vårdplatser

Fastställda vårdplatser

I enkäten har alla sjukhus kunnat ange fastställda vårdplatser under de senaste åren. Med fastställda vårdplatser menas det antal vårdplatser som sjukhusstyrelse/sjukhusledning bestämt skall användas vid respektive enhet. Sjukhusledningen fastställer för varje enhet, klinik, vårdplatsenhet mm det antal vårdplatser som enheten skall arbeta med. I den enkät som skickades ut till sjukhusen kunde sjukhusen i regel ange antalet fastställda vårdplatser. Granskning av uppgifterna visar dock att det finns frågetecken. Är vårdplatsdefinitionen tillräckligt stringent? Skall dagkirurgiplatser jämföras med slutenvårdsplatser? Hur hanteras fem- respektive sjudygnsvård? Hur redovisar man tekniska vårdplatser (intensivvårdsavdelningar, uppvakningsavdelningar mm)? Räknas vårdplatser på intagningsavdelningar in i vårdplatsantalet? Hur hanterar man vårdplatsförändringar som inträffat under året? Beräknar man ett vägt medelvärde eller anges vårdplatserna vid årets början eller slut? Har man tagit med vårdplatser som ingår i sjukhusorganisationen men som ligger geografiskt avskilt från det övriga sjukhuset? Vi vet inte i vilken utsträckning dessa och liknande fel har påverkat enkätsvaren.

Disponibla vårdplatser

De flesta enheter måste av olika skäl stänga ett antal vårdplatser under kortare eller längre tider. Den vanligaste anledningen är semester men även personalbrist, utbrott av infektiös diarré mm är frekventa orsaker. I enkäten har endast Kungälvssjukhus kunnat ange antalet disponibla vårdplatser, dvs det antal vårdplatser som i realiteten i medeltal varit öppna under året. Självklart hade det varit bättre om vi i denna utredning hade kunnat beräkna beläggningen på disponibla vårdplatser. Detta hade på ett mer korrekt sätt kunnat visa på sjukhusens belastning. Beläggning beräknad på fastställda vårdplatser är i genomsnitt minst 5 – 20 procent lägre än om beräkningen skulle gjorts i förhållande till disponibla vårdplatser. Ju mer elektiv inriktning sjukhuset har ju större är differensen mellan beläggning beräknad på fastställda respektive disponibla vårdplatser.

11.3.4 Felkällor vid beräkning av beläggning

Beläggningen är en kvot mellan två tal som för de högst utnyttjade klinikerna ligger över 90% och stundtals över 100%. För jämförelser inom detta snäva intervall fordras stor exakthet på såväl täljare som nämnare. De brister i underlaget som vi redovisat gör att framräknade beläggningstal blir ytterst osäkra.

Utöver de fel som beskrivits ovan förekommer det ofta att uppgifter rörande produktion inte överensstämmer med (inte är kongruenta med) vårdplatsuppgifterna. Det kan till exempel förekomma att ett sjukhus anger att man har 450 vårdplatser men för samma tidsperiod rapporterar man en vård dagssumma som avser produktionen för 425 vårdplatser. Man har glömt bort att redovisa produktionen för de återstående 25 vårdplatserna. Felen kan gå åt båda hållen, dvs produktionsuppgifterna kan vara för små eller för stora i förhållande till vårdplatssiffrorna.

11.3.5 Psykiatri

Inom psykiatrin finns det några potentiella felkällor som är av sådan magnitud att de behöver kommenteras speciellt.

Felkällor vid vårddagsberäkningar inom psykiatrin

A. Sättet på vilket antalet vårddagar beräknas. Den förhärskande metoden som beskrivits ovan innebär att vårddagarna summeras för de vårdtillfällen där det skett en utskrivning under beräkningsperioden.

Psykiatrins ibland långa vårdtider kan innebära att beräkning med denna metod överskattar antalet vårddagar under ett visst år. Om till exempel en patient varit inskriven under flera år kommer alla vårddagar från hela vårdtillfället att läggas till antalet vårddagar för det aktuella året.

B. Permissionsdagar. Har dessa inräknats eller ej? Permissioner kan inom psykiatrin sägas vara en del av själva behandlingen, under permissionen prövas patientens förmåga att klara sig utanför institutionen. Om vårddagssumman inkluderar permissionsdagar överskattas antalet dagar som patienten utnyttjat en vårdplats. I vissa fall kan det skilja 50 procent i antal vårddagar mellan summor som inkluderar respektive exkluderar permissionsdagar.

Felkällor vad gäller vårdplatsuppgifter inom psykiatrin

Som påpekats ovan är det viktigt att man vid beräkning av beläggningen har uppgifter om antalet vårdplatser som överensstämmer med (är kongruenta med) uppgifterna om antalet vårddagar. Om produktionsuppgifterna avser en verksamhet som är större eller mindre än den som bedrivits vid det antal vårdplatser som man angivit innebär det att beläggningsberäkningarna blir felaktiga. Inom psykiatrin finns det ett stort antal behandlingshem och det är osäkert om dessa inkluderats i vårdplatsuppgifterna eller ej. Inom rättspsykiatrin finns det vårdplatser vid institutioner utanför Västra Götaland. Det är oklart om de givna vårdplatsuppgifterna inkluderar dessa rättspsykiatrik vårdplatser. Det är således oklart om beläggningsuppgifterna inom psykiatrin är korrekta eftersom det inte är känt om behandlingshem respektive rättspsykiatriska vårdplatser utanför Västra Götaland ingår eller ej.

11.3.6 Beläggning beräknad på fastställda vårdplatser

Nedanstående avsnitt om beläggning baseras på uppgifter som sjukhusen lämnat i sina enkätsvar.

Somatiska enheter

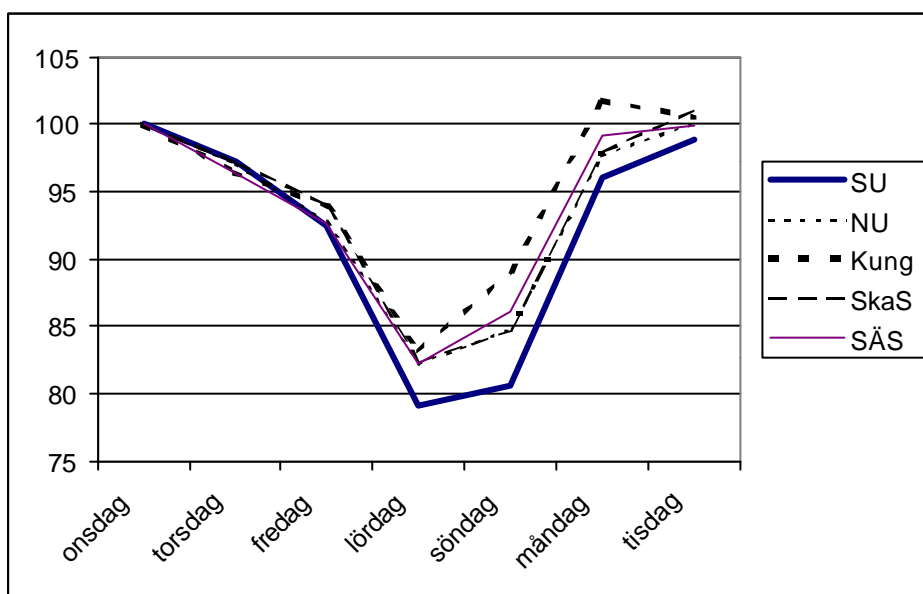
Tabell 14. Beläggning vid somatiska enheter beräknad på fastställda vårdplatser åren 1992 – 1999. Procent. *

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SU								84,0
Kungälv	93,6	89,4	88,9	91,8	89,8	102,2	101,1	98,2
NU				79,9	75,9	81,3	85,8	83,9
SkaS	81,2	83,1	85,5	84,9	88,1	81,6	81,4	80,3
SÄS			85,1	84,4	81,5	84,0	81,9	85,1

* Uppgifter rörande vårdplatser och vårddagar framgår av enkätredovisningen, fråga 1 och 3.

Trots att det borde vara relativt lätt att ta fram uppgifter om antalet fastställda vårdplatser har vi endast erhållit kompletta svara från alla sjukhus för år 1999. Uppgifternas tillförlitlighet varierar och Kungälv's sjukhus förefaller ha bäst kontroll över såväl vårdplatser som produktionsuppgifter. Även uppgifterna från SÄS' och SkaS' har troligen hög tillförlitlighet med en liten svacka för det senare sjukhuset för året 1997 då primärvårdsrehabiliteringen sammanslogs med medicinklinikerna i Skaraborg. De sjukhus som varit föremål för de största strukturella förändringarna, NU och SU, har haft svårast att få fram historiska uppgifter.

Endast Kungälv's sjukhus har kunnat uppge disponibla vårdplatser. Vid Kungälv's sjukhus har den verkliga beläggningen legat kring 100 procent de tre senaste åren. För övriga sjukhus är den verkliga beläggningen minst 5 – 20 procent högre än vad som framgår av tabellen ovan.



Figur 10. Genomsnittligt utnyttjande av somatiska vårdplatser under veckan för regionens sjukhusgrupper. Antalet patienter inskrivna på onsdagarna har använts som index 100. Källa: västsvensk DRG-databas för 1997.

Ett annat sätt att belysa beläggningen är att räkna antalet inläggande patienter för respektive sjukhus i den västsvenska databasen. I figuren ovan ser man att antalet inskrivna patienter är som högst måndagar, tisdagar för att sedan långsamt sjunka till en miniminivå på lördagen. Skillnaderna är små; den lägsta beläggningen under helger finns vid SU och den högsta vid Kungälv's sjukhus.

Vi har även räknat fram antal inläggande patienter onsdagar varje vecka under året. Redovisningssättet illustrerar graden av vårdplatsreduktion i samband med semesterperioden. Då minskar antalet inlagda patienter med cirka 15 - 30 procent. Övriga delar av året förefaller beläggningen att vara jämn. Diagram som belyser säsongförändringarna framgår av bilaga 1.

Psykiatriska enheter

Tabell 15. Beläggning vid psykiatriska enheter beräknad på fastställda vårdplatser åren 1992 – 1999. Procent. *

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SU							84,9	104,4
Kungälv	102,3	114,9	117,5	124,0	120,8	126,6	122,5	122,4
NU		86,2	96,5	96,8	91,1	96,5	86,5	82,9
SkaS	85,4	89,5	93,6	95,4	92,1	96,4	106,7	106,5
SÄS						98,5	97,5	78,1

* Uppgifter rörande vårdplatser och vård dagar framgår av redovisningen av enkätsvar, fråga 2 och 4.

Beläggningen är mycket hög vid flera av sjukhusen, det gör att man har anledning att misstänka att permissionsdagar ingår i de vård dagsuppgifter som lämnats från dessa sjukhus. Dessutom kan uppgifterna vara grundade på utskrivna patienter av vilka några kanske varit inskrivna under mycket lång tid. För NU-sjukvården gäller att uppgifterna för 1998 och 1999 beräknas per inskriven patient och exklusive permissionsdagar medan uppgifterna för 1997 delvis innehöll permissionsdagar. Det ändrade redovisnings sättet mellan 1997 och 1998 innebar att beläggningen sjönk med 10 procent! För SÄS del baseras vård dagsuppgifterna på utskrivna patienter inklusive permissionsdagar.

Ovanstående beläggningsuppgifter inom psykiatri är med stor sannolikhet ej jämförbara. Även om uppgifterna från respektive sjukhus är korrekta så kan man inte jämföra beläggningsnivån mellan sjukhusen. De felkällor som beskrivits ovan påverkar materialet i alltför stor utsträckning.

11.4 Sammanfattning och bedömning av beläggningsberäkningar

De uppgifter som inkommit från sjukhusen rörande vårdplatser och vård dagar är sammantaget alltför osäkra för att ligga till grund för hållbara beläggningsberäkningar. Beläggningen har endast kunnat beräknas i förhållande till fastställda vårdplatser på grund av att sjukhusen med ett undantag inte kunnat ta fram uppgifter om disponibla vårdplatser. Denna oförmåga tyder på att vissa av sjukhusen inte har tillräcklig styrning över vårdplatsresursen, vilken är en av de viktigaste produktionsresurserna inom slutenvården.

Den verkliga beläggningen, dvs beräknad i förhållande till disponibla vårdplatser, kan förväntas vara minst 5 – 20 procent högre än den framräknade beläggningen relaterad till fastställda vårdplatser. Ju mer elektiv inriktning sjukhuset har ju större är differensen mellan de två beräkningssätten. SU är det sjukhus i Västra Götaland som har mest elektiv vård medan NU, SkaS och SÄS har ett något mindre elektivt inslag. Kungälv har lägst andel elektiv vård. Det enda sjukhus där man med säkerhet kan beräkna den verkliga beläggningen, Kungälv, har en beläggning på knappt 100 procent första halvåret 1999.

Uppgifterna rörande beläggningen vid de psykiatriska enheterna är ännu mer osäkra vilket gör att man inte kan dra några slutsatser.

12. VÅRDPLATSERNAS FÖRDELNING INOM REGIONEN

Inledningsvis redovisades fastställda vårdplatser i förhållande till befolkningsunderlag för regioner i riket. På den nivån ger beskrivningen en god jämförelse av vårdplatsresursen förutsatt att vårdplats definierats lika. Samma redovisningssätt förekommer i andra sammanhang, till exempel i nyckeltalssamarbetet. Med stigande detaljeringsgrad blir redovisningen dock allt mer missvisande och jämförelse av vårdplatser/1000 individer för enskild specialitet i ett landsting kan leda till helt felaktiga slutsatser. I detta avsnitt redovisar vi vårdplatsernas fördelning i regionen utifrån produktions- och konsumtionsperspektiv.

Som källa har använts de av sjukhusen uppgivna vårdplatserna och vårddagarna för 1997 och västsvensk DRG databas. DRG-databasen är en databas för slutenvårdstillfällena i Västra Götaland och Halland. Sjukhusen levererar själv, och svarar själv, för riktigheten av sina data. Utredningsavdelningen vid HSS-kansliet svarar för insamlingen. Kompletta data föreligger senast för 1997. Från databasen har exkluderats alla vårdtillfällen för psykiatri och alla vårdtillfällen vid sjukhus i Halland och vårdtillfällen för individer som inte är bosatta i regionen. Med vårdplatser menas i detta avsnitt således endast somatiska vårdplatser.

12.1 Vårdplatser i relation till nominellt upptagningsområde

Varje sjukhus och i synnerhet varje sjukhusgrupp har av tradition ett geografiskt upptagningsområde som till stor del hänger samman med de gamla landstingsgränserna. I det följande kallar vi ett sådant upptagningsområde för det nominella. En sådan indelning framgår av nedanstående tabell och denna indelning kan ligga till grund för en bedömning av antalet vårdplatser i förhållande till befolkningsunderlag.

Tabell 16. Befolkningen inom respektive sjukhus upptagningsområde samt antal somatiska vårdplatser per 1000 invånare.

Sjukhusgrupp	Antal individer	Vårdplatser/1000 individer*
SU	584849	3,82
NU	271659	3,22
SkaS	259645	3,22
SÄS	272878	2,59
KS	96580	1,57
summa	1485611	

*antal fastställda somatiska vårdplatser 1997 från enkät. För SU har uppgifter för 1999 använts. Kommunfördelning enligt bilaga 3.

En jämförelse mellan sjukhusgrupperna av somatiska vårdplatser i förhållande till antalet individer bosatta i varje upptagningsområde ger dock en mycket felaktig bild av resurstilldelningen av främst tre skäl

- Det kan finnas betydande fria patientströmmar till andra sjukhus än det traditionella.

- den högspecialiserade vården vid större enheter gör att vårdplatser erfordras för patienter från hela regionen.
- patienter från andra regioner vårdas inom Västra Götaland och särskilt vid SU.

En värdering av tillgången måste därför ta hänsyn till var patienterna söker vård. Vidare måste beaktas att alla specialiteter inte finns vid alla sjukhusgrupper och att vårdplatser erfordras för individer som inte är bosatta i regionen.

12.2 Vårdplatser i relation till reellt upptagningsområde

Det verkliga upptagningsområdet för en sjukhusgrupp kan skilja sig kraftigt från det nominella upptagningsområdet genom patientströmmar över de traditionella gränserna. Ett annat redovisningssätt för tillgången till vårdplatser är således att ställa antalet vårdplatser i relation till ett framräknat reellt upptagningsområde som baseras på var patienter faktiskt får vård.

I tabell 17 redovisas var slutenvården, som sker inom regionen, faktiskt har givits för invånarna i regionens områden. Av tabellen framgår t. ex. att nästan all slutenvård för invånarna i stor-Göteborg sker vid SU men bara hälften av vårdtillfällena för invånarna runt Kungälv sker vid Kungälv sjukhus. Relativt betydande patientströmmar sker också ut från Södra Älvsborg. En mer detaljerad lista på kommunnivå var patientströmmarna går framgår av bilaga 3.

Tabell 17. Vårdtillfällenas fördelning (%) per sjukhusgrupp för regionens områden.

upptagningsområde	sjukhusgrupp				
	SU	NU	SkaS	SÄS	Kungälv
Storgöteborg	98,4	0,4	0,1	0,3	0,7
Bohus +norra Älvsborg	8,4	90,1	0,1	0,9	0,5
Skaraborg	6,1	1,8	91,8	0,4	0,0
Södra Älvsborg	12,3	1,0	0,3	86,3	0,1
Kommuner inom upptagningsområde för Kungälv	38,9	10,6	0,1	0,6	49,8

*Kommunfördelning till område enligt bilaga 3**

Andra redovisningssätt måste således tillämpas än vårdplatser i förhållande till ett nominellt upptagningsområde. Ett sådant redovisningssätt är att ställa antalet vårdplatser i relation till ett framräknat reellt upptagningsområde som baseras på var patienterna faktiskt får vård.

Ett sätt att beräkna det reella upptagningsområdet är att räkna fram hur stor andel av regionens samtliga vårdtillfällen som produceras av ett sjukhus multiplicerat med antalet individer i regionen. En sådan beräkning framgår av tabell 18.

Tabell 18. Befolkning i respektive sjukhus reella upptagningsområde samt vårdplatser per 1000 invånare i det reella upptagningsområdet

Sjukhus-grupp	Nominellt upptagningsområde	reellt upptagningsområde	Vårdplatser*/1000 ind. Reellt område
SU	584849	688699	3,25
NU	271659	264764	3,30
SkaS	259645	240118	3,48
SÄS	272878	238334	2,97
KS	96580	53696	2,83
summa	1485611	1485611	

**antal fastställda somatiska vårdplatser 1997 från enkät. För SU har uppgifter för 1999 använts. Kommunfördelning enligt bilaga 3.*

Detta jämförelsesätt ger en mer likartad platsfördelning inom regionen. Beräkningen visar att det reella upptagningsområdet för SU är ca 20% större än det nominella upptagningsområdet därför att där produceras ett väsentligt större antal vårdtillfällen än som motsvaras av det nominella upptagningsområdet. Detta beräkningssätt korrigerar för de fria patientströmmarna men beaktar inte att den högspecialiserade vården av patienter som sker vid SU kan skilja sig från andra patientkategorier beträffande vårdplatsbehov. Beräkningssättet tar inte heller i beaktande platsbehovet för de patienter som kommer från andra regioner.

Man skulle därför kunna analysera vårdplatsantalet i förhållande till befolkningen med den högspecialiserade vården exkluderad. Ett sådant beräkningssätt blir dock också behäftat med fel eftersom högspecialiserade vårdplatser kan utnyttjas för mer vanliga sjukdomar vid platsbrist för invånare i Göteborgsregionen. Vidare framgår det inte alltid av kliniktilhörigheten i en vårddatabas vad som är högspecialiserad vård. En annan förutsättning för denna typ av jämförelse är att de av sjukhusen uppgivna vårdplatserna är redovisade på ett tillförlitligt och likartat sätt. Vidare bör i första hand disponibla vårdplatser användas men där saknar vi heltäckande redovisning.

Således behöver en redovisning av platssituation kompletteras med andra analyser.

12.3 Vårdplatser beräknade på faktisk konsumtion

På grund av ovan redovisade svårigheter att jämföra tillgång till vårdplatser har vi även utfört en analys av vårdplatsutnyttjande som utgår från konsumtion av slutenvård. I denna analys har vi återgått till sjukhusgruppernas nominella upptagningsområden som grund för jämförelsen. Beräkningssättet innebär att vi utifrån produktionsdata räknat fram hur många vård dagar som konsumeras av befolkningen som bor i respektive sjukhus upptagningsområde och utifrån dessa siffror räknar fram hur många vårdplatser som utnyttjas av dessa individer, oberoende av var vården faktiskt sker. Det innebär till exempel att en skaraborgares vårdplatsutnyttjande på Sahlgrenska sjukhuset kommer att redovisas. En värdering av tillgången till vårdplatser utifrån konsumtionsdata påverkas av

- i vilken utsträckning ett relativt litet antal vårdplatser kompenseras av patientströmmar ut från området – närhet och tillgänglighet vid andra vårdgivare.

- I vilken utsträckning ett minskat platsantal kan kompenseras genom högre beläggning.

Det medför att konsumtion av vårdplatser bör medge en uppskattning av tillgången till vårdplatser men att bedömningen blir osäker framförallt för Kungälv's sjukhus där patientströmmarna från dess upptagningsområde är betydande till omkringliggande sjukhus.

Fördelen med betraktelsesättet är att analysmetoden kompenserar för det faktum att högspecialiserade sängar kan användas för "vanlig" vård och för vård som ges till individer från andra regioner. Validiteten av de slutsatser som dras blir sämst för de sjukhus där upptagningsområdets gränser är diffusa, vilket framförallt gäller området kring Kungälv.

Med sjukhusens upptagningsområde menas att varje kommun i sin helhet har hänförs till den sjukhusgrupp där det flesta antalet vårdtillfällen har givits. Vilka sjukhusgrupper som kommunerna hänförs till framgår av bilaga 3.

Beräkningen av konsumtion av vårddagar och vårdplatser baseras på västsvensk DRG-databas från 1997. Några sjukhus redovisar fler vårddagar i aktuell enkät än vad som återfinns i databasen och sammanlagt finns det 5% fler vårddagar än vad som redovisats till den västsvenska DRG-databasen. Det är rimligt att anta att den uppgift som framkommit i samband med enkäten bättre överensstämmer med det riktiga antalet vårddagar och vi har till stor del kunnat identifiera var och inom vilka specialiteter bortfallet finns. Vi har fördelat ut de vårdtillfällen som på varje sjukhus "tillkommit" i samband med enkäten, på respektive upptagningsområde i samma proportioner som de övriga 95% av vårdtillfällena som finns i databasen. 3,8% av samtliga vårdtillfällen i DRG-databasen saknar kommunkod och deras vårddagar kan således inte hänföras till något upptagningsområde. Vi har bortsett från dessa eftersom det är relativt få vårddagar. Dessutom framgår av diagnoser att en stor del är regions- eller rikssjukvård som inte bör belasta enskilt sjukhus upptagningsområde vid denna analys. Resultatet framgår av tabell 19.

I Göteborgsregionen tillkommer utnyttjandet av ett litet antal vårdplatser vid Frölunda och Lundby sjukhus vilket dock är en mycket liten faktor i sammanhanget.

Tabell 19 Konsumtion av vårdtillfällen och vårdplatser per 1000 individer för regionens områden.

upptagningsområde	Vårddagar/1000 individer	"platser"/1000 individer*
Storgöteborg	1026	2,81
Bohus +Norra Älvsborg	983	2,69
Skaraborg	998	2,74
Södra Älvsborg	871	2,39
Kommuner inom upptagningsområde för Kungälv	911	2,50
Genomsnitt	978	2,68

*platser är vårddagar/365 Kommunfördelning till område enligt bilaga 3.

Beräkningssättet ger således ett annat och indirekt sätt att bedöma tillgången på vårdplatser inom delar av regionen. Sämst precision har modellen för områden där en stor del av befolkningens slutna vård ges utanför det nominella området.

Sedan 1997 som är jämförelseåret har antalet vårdplatser vid sjukhusgrupperna förändrats med både ökning och minskningar vilket redovisats på annan plats. Förändring från 1997 framgår av tabellen nedan.

Tabell 20. Förändring av fastställda vårdplatser från 1997 till 1999.

sjukhusgrupp	Förändring (%)
SU	+2,4
NU	-10,8
SkaS	-2,2
SÄS	+1,1
Kungälv	0,0

12.4 Sammanfattning och konklusion

Antalet vårdplatser i förhållande till antalet individer i ett nominellt eller traditionellt upptagningsområde kan inte tjäna som grund för en jämförelse. Vi har därför jämfört tillgången till vårdplatser utifrån ett framräknat reellt upptagningsområde för varje sjukhusgrupp vilket ger en bättre bild av tillgången till vårdplatser för regionens områden men även detta betraktelsesätt medför svårigheter vid tolkningen. Vi har därför även gjort en analys av konsumtionen av vård dagar och därmed vårdplatser för områdena i regionen. Vår bedömning är att detta beräkningssätt kompletterar bedömningar av vårdplatsantal gjorda på andra sätt. Med utgångspunkt i alla beräkningssätt förefaller det som om antalet somatiska vårdplatser i Södra Älvsborg i förhållande till befolkningen är lägre än genomsnittet för regionen. Även om tillgängliga datakällor har brister så visar en analys av sjukvårdskonsumtionen att befolkningen inom stor-Göteborg och Södra Älvsborg har en något större respektive mindre tillgång till vårdplatser än genomsnittet för regionen.

13. JÄMFÖRELSEN SKARABORGS - SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKHUS

Analys och utvärderingsenheten har under året slutfört en jämförelse av de båda sjukhusgrupperna i Skaraborg och Södra Älvsborg för verksamhetsåret 1997.

De båda områden var lämpade för en jämförelse eftersom upptagningsområdena var påtagligt lika. En slutsats i det arbetet liksom i det föreliggande var att jämförelsen försvårades av brister i kvalitet och aktualitet av källmaterial och av att redovisningssätt och organisation på flera sätt var olika men en jämförelse var ändå möjlig i flera avseenden efter bearbetning av grundmaterialet.

En av de mer påtagliga skillnaderna mellan de båda sjukhusgrupperna var antalet somatiska vårdplatser vilket framgår av tabellen nedan. Störst var skillnaden för det medicinska området.

Tabell 21. Av sjukhusen uppgivna vårdplatser 1997-12-31.

Medicin*	426	253
infektion	14	18
onkologi		21
ögon	6	2
hud	6	4
önh	18	19
kir+uro+ort*	227	203
gyn	74	65
barn	45	40
med rehab	20	69
Summa exkl psyk	836	694

**187 vårdenhetsplatser i Alingsås och Skene har fördelats 65% medicin och 35% kirurgi.*

Analysens huvudsakliga slutsatser var bland annat att:

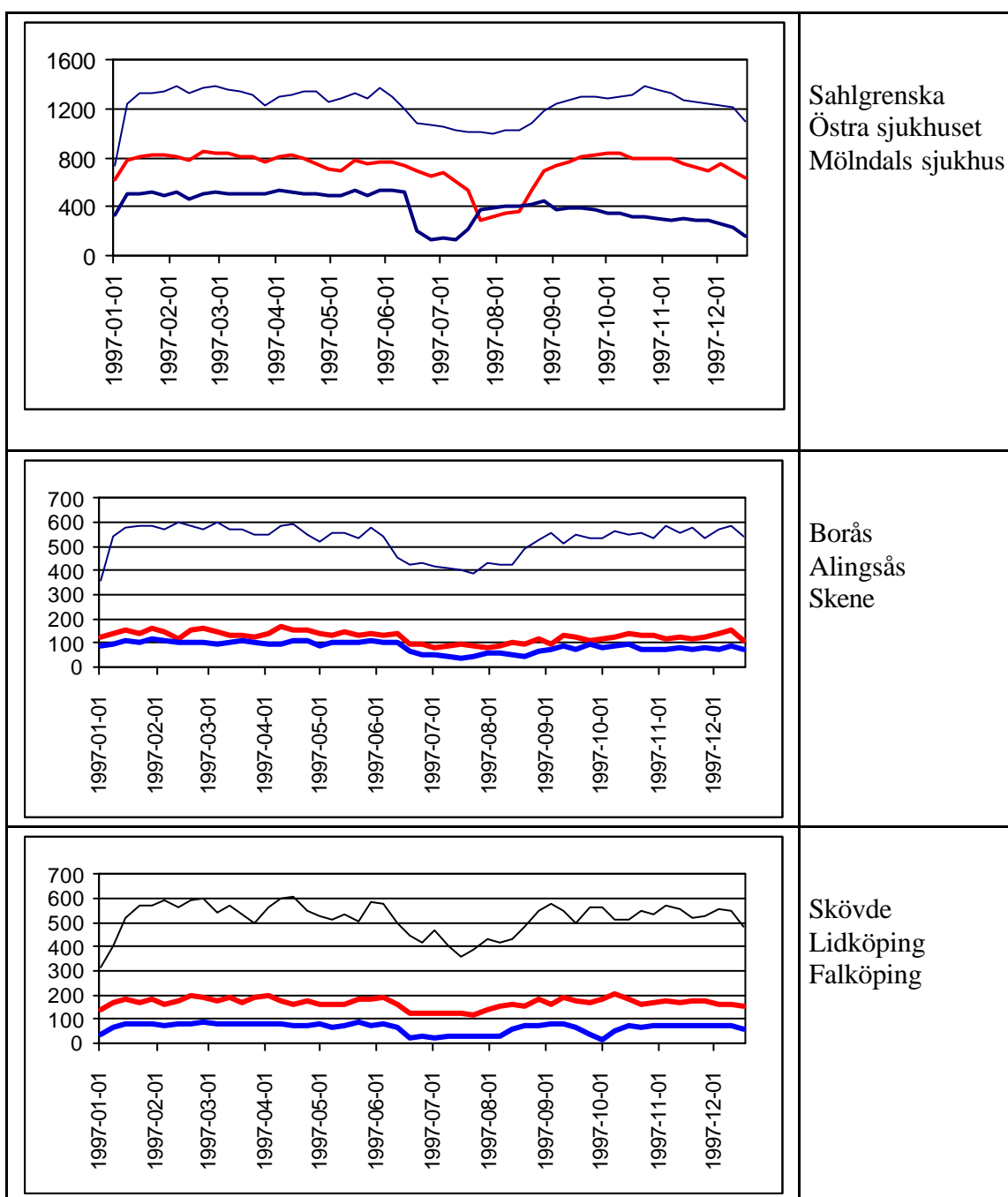
- Efter nödvändiga kostnadsjusteringar blev kostnaden per invånare för läns- och regionvård i stort sett lika mellan områdena.
- Skaraborgs sjukhus använde resurserna till fler vårdplatser men mindre personal.
- Skaraborgs sjukhus fördelade en större andel av sina kostnader till icke-opererande specialiteter.
- Skaraborgs sjukhus hade en högre produktivitet. För en likartad kostnad producerades fler vårdtillfällen och fler DRG-poäng.

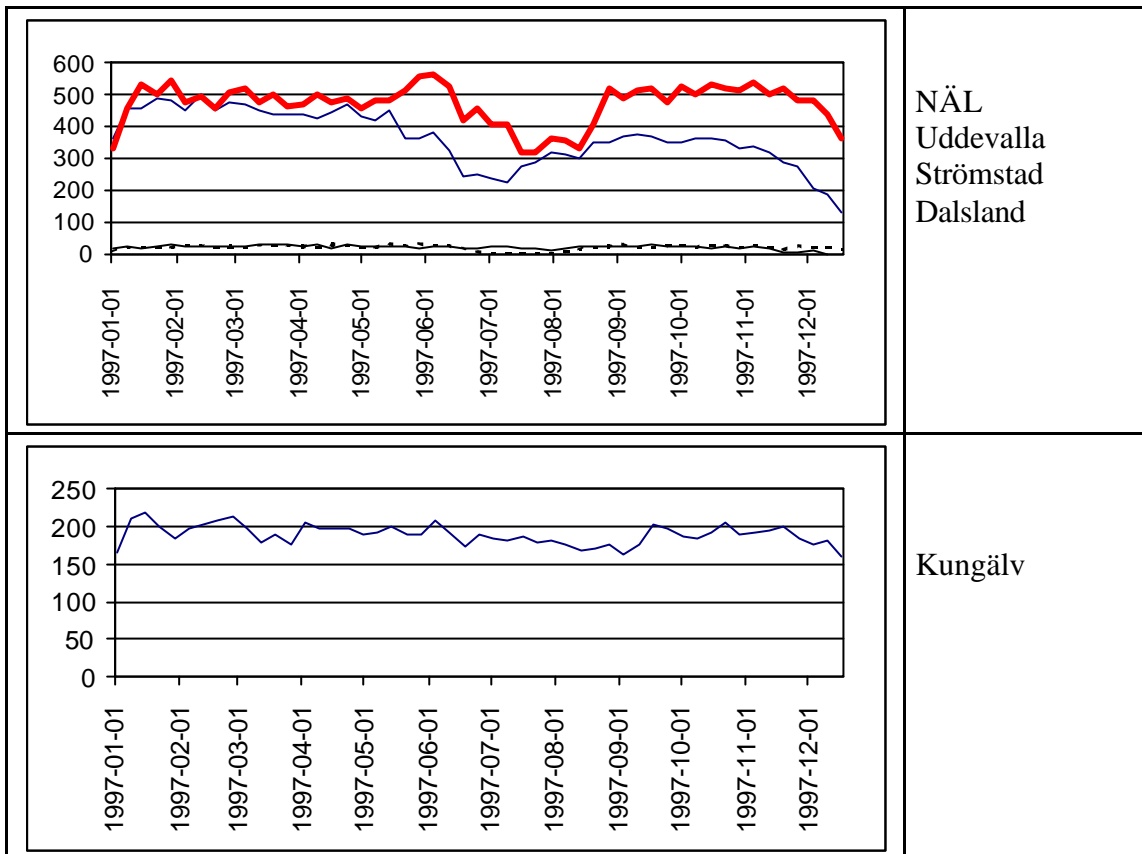
Således hade de båda sjukhusgrupperna inom samma ekonomiska ramar använt resurserna olika med en påtaglig skillnad i antalet vårdplatser framförallt inom det medicinska området

BILAGA 1

Antal inläggande patienter över året vid regionens sjukhus 1997 (exklusive psykiatri)

Data från västsvensk DRG databas. Beräkningen baseras på under året utskrivna patienter varför kurvorna under slutet av året inte motsvarar verkligt inläggande patienter eftersom de patienter som skrivs ut under påföljande år har exkluderats. Textförklaringarna stämmer överens med ordningen på linjerna.





Figur 11

BILAGA 2

Intervju med Bo Bresky, smittskyddsläkare

i Västra Götaland, den 25 oktober 1999

Isoleringsplatser

Det finns medicinska behov av att isolera vissa patientgrupper. Det rör sig om

- patienter som kan förväntas vara spridare av vanliga sjukdomsagens vilket gör att de inte bör vårdas på rena avdelningar, till exempel ortopedavdelningar
- patienter som är bärare av resistenta bakteriestammar till exempel MRSA
- patienter som kommer från utlandet och har oklar feber
- patienter med akuta diarréer av okänd genes
- patienter med misstänkt eller konstaterad influensa
- patienter med allmänfarliga smittsamma sjukdomar

De senaste årens neddragningar har medfört att möjligheterna att isolera vissa patienter har blivit alltför små. Det måste finnas ett tillräckligt antal isoleringsplatser inom varje sjukhusgrupp, dvs NU, SKAS, SÄS och SU. Man kan uppskatta att behovet av isoleringsplatser bör öka med 30 – 40 procent för att man skall kunna isolera ovanstående grupper. Dessa isoleringsplatser bör lokaliseras till de nuvarande infektionsklinikerna eftersom det finns stor kunskap om vården av smittsamma sjukdomar vid dessa enheter. I situationer då isoleringsplatserna inte utnyttjas av ovanstående patientgrupper kan de användas för att avlasta andra kliniker med hög beläggning.

För vissa av ovanstående grupper, patienter med oklara diarrésjukdomar, influensa-sjukdomar samt patienter som kan förväntas vara spridare av vanliga sjukdomsagens, bör det finnas isoleringsplatser även vid länsdelssjukhus. För övriga sjukdomsgrupper i behov av isolering bör patienter som upptäcks vid länsdelssjukhus flyttas till närmaste infektionsklinik.

Behovet av och tillgången till isoleringsplatser bör analyseras vid de olika sjukhusen. Analysen bör utmynna i en rapport som underställs respektive sjukhusledning. Hygien-, infektions- och smittskyddsläkare är en viktig resurs i en sådan analys. Regionens smittskyddsläkare bör samordna denna analys och precisera utgångspunkter och förutsättningar.

Nu tillgängliga vårdplatser

Under det senaste året har det vid några tillfällen framkommit att befintliga avdelningar har varit bristfälligt utrustade ur smittskydds- och hygiensynpunkter. Det har rört sig om bristfälliga hygienutrymmen, otillräcklig hygienutrustning, felaktig lokalanvändning mm. För att minska risken för smittspridning bör därför samtliga vårdavdelningar inventeras ur smittskydds- och hygiensynpunkt. Inventeringen bör sammanställas till en rapport som underställs respektive sjukhusledning. Regionens smittskyddsläkare bör samordna inventeringen och precisera utgångspunkter och förutsättningar.

Överbeläggningar

Det finns ett klart samband mellan risken för smittspridning och avståndet mellan sängar på en vårdsal. Därför ökar risken för smittspridning vid beläggning med 5 patienter på en 4-sal. Det har visats att infektioner med *Clostridium difficile* ökar vid överbeläggningar eftersom möjligheterna till adekvat städning och renhållning generellt sett är sämre i sådana situationer.

Vid analyser av smittkedjor finner man ofta att det varit hög arbetsbelastning och rörigt på de avdelningar som drabbats.

Man kan inte belägga att infektionsnivån/antalet epidemier ökat under de senaste åren på grund av överbeläggningar. Det nya som inträffat är att man på Sahlgrenska fått in multiresistenta stafylokocker och att dessa bakterier bitit sig fast och givit upphov till nya sjukdomsfall trots motåtgärder. Det finns dock inget säkert samband med detta och med överbeläggningarna.

Intensivvårdsavdelningarna är ofta navet i smittspridningen, via denna avdelning sprids smittan ut på sjukhuset. Ibland ökar smittspridningen genom att flera patienter vårdas på samma sal av samma personal. Detta kan bero på överbeläggningar, brist på personal eller sammanslagning av vårdalar av ekonomiska skäl. Det är därför mycket viktigt att strikta hygienrutiner upprätthålls på intensivvårdsavdelningar.

BILAGA 3

Var får kommunernas befolkning sin sjukvård?

Kommunerna i Västra Götaland och vid vilken sjukhusgrupp befolkningen i kommunen får slutenvård. I tabellen anges procentuell fördelning mellan sjukhusgrupperna av varje kommuns konsumtion av vårdtillfällena. Tillhörighet till en sjukhusgrupp har definierats som den sjukhusgrupp där flest vårdtillfällena har givits med undantag för Stenungssund som har hänförs till Kungälv's sjukhus. Skälet är geografisk närhet och att flest vård-dagar konsumeras där.

Tabell 22

Grupp	nr	Kommun	SU	NU	Kungälv	SkaS	SÅS
Kungälv	1415	Stenungssund	43,8	13,6	42,2	0,1	0,3
Kungälv	1419	Tjörn	36,3	13,4	50,1	0,0	0,2
Kungälv	1440	Ale	32,1	19,8	46,6	0,2	1,3
Kungälv	1482	Kungälv	41,5	2,0	55,9	0,1	0,5
NU	1421	Orust	15,4	79,1	4,7	0,2	0,5
NU	1427	Sotenäs	11,0	88,5	0,2	0,2	0,2
NU	1430	Munkedal	8,9	90,5	0,3	0,1	0,3
NU	1435	Tanum	7,5	91,5	0,5	0,4	0,1
NU	1438	Dals-Ed	6,7	78,0	0,2	0,0	15,1
NU	1439	Färgelanda	7,9	90,6	0,1	0,3	1,1
NU	1460	Bengtstors	5,0	94,4	0,1	0,1	0,4
NU	1461	Mellerud	4,9	94,3	0,1	0,1	0,6
NU	1462	Lilla Edet	10,6	87,6	1,0	0,0	0,7
NU	1484	Lysekil	8,5	91,0	0,3	0,0	0,2
NU	1485	Uddevalla	8,8	90,6	0,3	0,1	0,3
NU	1486	Strömstad	10,6	88,5	0,4	0,0	0,5
NU	1487	Vänersborg	6,1	92,7	0,0	0,1	0,9
NU	1488	Trollhättan	7,4	91,5	0,1	0,2	0,8
NU	1492	Åmål	15,5	82,9	0,0	0,4	1,3
SKAS	1444	Grästorp	5,1	40,1	0,0	54,3	0,6
SKAS	1445	Essunga	7,5	21,8	0,0	67,2	3,5
SKAS	1446	Karlsborg	5,4	0,1	0,1	94,3	0,2
SKAS	1447	Gullspång	5,6	0,1	0,0	94,1	0,2
SKAS	1470	Vara	8,4	2,0	0,0	89,1	0,6
SKAS	1471	Götene	6,9	0,2	0,0	92,8	0,1
SKAS	1472	Tibro	5,3	0,0	0,0	94,7	0,1
SKAS	1473	Töreboda	5,7	0,1	0,0	94,2	0,1
SKAS	1493	Marie	5,2	0,3	0,0	94,4	0,1
SKAS	1494	Lidkö	7,4	0,9	0,0	91,5	0,2
SKAS	1495	Skara	7,3	0,1	0,0	92,3	0,3
SKAS	1496	Skövd	5,5	0,3	0,0	94,1	0,2
SKAS	1497	Hjo	5,5	0,4	0,1	93,9	0,2
SKAS	1498	Tidah	5,1	0,2	0,0	93,2	1,5
SKAS	1499	Falköping	5,4	0,3	0,0	93,9	0,4
SU	1401	Härryda	96,5	0,5	0,4	0,1	2,6
SU	1402	Partille	98,4	0,2	0,7	0,2	0,6
SU	1407	Öckerö	98,2	0,5	1,0	0,0	0,2
SU	1480	Göteborg	98,5	0,5	0,7	0,2	0,2
SU	1481	Mölnådal	98,6	0,4	0,6	0,1	0,4
SÅS	1441	Lerum	44,5	0,7	0,2	0,1	54,3
SÅS	1442	Värgårda	9,1	0,9	0,0	0,3	89,7
SÅS	1443	Bollebygd	20,2	0,3	0,2	0,0	79,4
SÅS	1452	Tranemo	5,4	0,4	0,0	0,3	93,9
SÅS	1463	Mark	10,6	0,1	0,0	0,1	89,2
SÅS	1465	Svenljunga	9,4	0,3	0,1	0,1	90,1
SÅS	1466	Herrljunga	8,8	0,7	0,1	2,7	87,7
SÅS	1489	Alingsås	12,4	5,5	0,1	0,2	81,8
SÅS	1490	Borås	6,6	0,3	0,0	0,1	92,9
SÅS	1491	Ulricehamn	8,4	0,4	0,1	0,7	90,4

KÄLLOR

Ahlbom Anders, Norell Staffan. Grunderna i epidemiologi. Studentlitteratur 1987.

Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accomodating emergency admissions: stochastic simulation model. BMJ 1999;319:155-158.

Pettersson Sköld D. Skjut inte på pianisten! Läkartidningen 1999;96:3184-85

Reid FDA, Cook DG and Majeed A. Explaining variation in hospital admission rates between general practices: cross sectional study. BMJ 1999;319:98-103.

Basårsstatistik 1992 - 1998, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen.

Medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatiska sjukhusvård. Landstingsförbundet 1999.

Medicinteknologisk utveckling och vårdkonsumtion inom slutna somatiska korttidsvård 1981 - 2011. Socialstyrelsen 1996.

Några fakta om svensk hälsa och vård i ett internationellt perspektiv, Landstingsförbundet 1999.

Regler för informationsöverföring och samordnad vårdplanering för medicinskt färdigbehandlade patienter samt betalningsansvar. Hälso- och sjukvårdskommittén, sammanläggningsdelegerade Västra Götaland 1998. Dnr 15-11 20/97.

Sjukvården i Sverige 1998. Socialstyrelsen.

Sjukvårdsfakta i fokus. Landstingsförbundet 1999-12-12.

Skaraborgs sjukhus och Södra Älvsborgs Sjukhus - en jämförelse mellan två sjukhusgrupper. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, enheten för analys och utvärdering, 1999. Dnr HSS 354-1999.

Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/99. Beläggningssituationen vid medicinkliniker i januari 1999.

Verksamhetsberättelse för internmedicin 1998, SPRI och Svensk Internmedicinsk Förening.

Västsvensk folkhälsorapport 1998 Del I och II. Kommunalförbundet Västra Götaland, folkhälsoutskottet.

Yrkesinspektionens inspektionsmeddelande 1998-06-12 om tillsyn av kirurgkliniken, psykiatrikliniken samt barn- och ungdomskliniken inom NU-sjukvården, dnr NU 416/97.

Yrkesinspektionens inspektionsmeddelande 1999-01-13 om medicindivisionen på Skaraborgs Sjukhus, dnr SkaS 981316.

Yrkesinspektionens inspektionsmeddelande 1999-02-05 om medicinklinikerna vid SÄS, dnr SÄS 1/99.

Yrkesinspektionens beslut 1999-03-30 om föreläggande för Sahlgrenska Universitetssjukhuset enligt 7 kap 7 § arbetsmiljölagen med vite, dnr SU 903-0857/98 12.