Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2014-02-19

LS 1312-1536

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGSSTYRELSEN
14-03-04 00014

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 5/2013, Tillgång på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå

Föredragande landstingsråd: Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna i revisorsgrupp I har överlämnat projektrapport 5/2013, Tillgång på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå, till landstingsstyrelsen för yttrande.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 5/2013, Tillgång på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå, i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande.

Landstingsrådsberedningens motivering

Landstingets revisorer har gjort en granskning av hur arbetet med att utöka antalet vårdplatser bedrivs i landstinget. Revisorerna har bland annat funnit att det är komplext att beräkna antalet vårdplatser samt att det finns svårigheter att rekrytera sjuksköterskor, inte minst på grund av att Karolinska Institutets examinationsrätt varit indragen under tre terminer. Revisorerna föreslår en tydligare redovisning av vårdplatserna samt att landstinget tar ett mer samlat grepp över personalsituationen.

Inom landstinget genomförs en rad åtgärder på lång såväl som på kort sikt för att förbättra vårdplatssituationen och rekrytera de medarbetare som behövs. Beslut är fattade om en kraftig utbyggnad av vårdplatserna såväl på akutsjukhusen som på länets övriga sjukhus. På sjukhusen pågår ett kontinuerligt arbete avseende patientflöden och kompetensmix för att säkerställa att befintliga resurser används optimalt. En särskild utmaning i samman-

hanget är det gamla regelverk som finns gällande betalningsansvar för färdigbehandlade patienter.

I motsats till revisorerna konstaterar vi att det bedrivs ett omfattande strategiskt arbete kring kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Sedan ett antal år har landstinget erbjudit sjuksköterskor utbildning inom bristspecialiteter med studielön, och extra resurser har tillförts för att tillskapa fler AT- och ST-läkartjänster. En stor lönesatsning görs på specialistsjuksköterskor och biomedicinska analytiker för att tydliggöra den individuella och differentierade lönesättningen och stärka akutsjukhusens attraktionskraft som arbetsgivare. För närvarande breddinförs ett nytt itbaserat verktyg, som ytterligare ska stödja landstingets och verksamheternas arbete med strategisk kompetensplanering.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 10 februari 2014
Landstingsrevisorernas projektrapport 5/2013, Tillgång på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå till landstingsstyrelsen för yttrande.

Torbjörn Rosdahl

Anna Starbrink

Kristoffer Tamsons

Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektörens stab

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2014-02-10

LS 1312-1536

Landstingsstyrelsen

Ankom
Stockholms läns landsting
2014 -02- 11
Dnr LS1312-1536
Rotel V

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 5/2013, Tillgång på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna i revisorsgrupp I har överlämnat projektrapport 5/2013, Tillgång på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå, till landstingsstyrelsen för yttrande.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 10 februari 2014
Landstingsrevisorernas projektrapport 5/2013, Tillgång på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå till landstingsstyrelsen för yttrande.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 5/2013, Tillgång på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå, i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Landstingsrevisorerna har granskat styrningen av tillgången på vårdplatser på landstingsnivå och sjukhusnivå. Revisorerna påpekar bland annat att det finns ett behov av att tydliggöra hur vårdplatser ska redovisas. De gör också bedömningen att ett mer samlat grepp behöver tas över personalsituationen i landstinget.

Förvaltningen delar inte revisorernas bedömningar, eftersom landstinget redan bedriver ett omfattande strategiskt arbete för att säkra kompetensförsörjningen till hälso- och sjukvården. Särskilt fokus läggs också på kompetensförsörjning för framtidens hälso- och sjukvård. Vårdplatser redovisas i enlighet med de definitioner som Socialstyrelsen

fastställde 2011 vilket möjliggör jämförelse såväl över tid som mellan landsting.

Bakgrund
Landstingsrevisorerna har granskat styrningen av tillgången på vårdplatser på landstingsnivå- och sjukhusnivå. Granskningen berör styrningen från hälso- och sjukvårdsnämnden och landstingsstyrelsen samt den interna styrningen på Karolinska Universitetssjukhuset. Revisorerna påpekar bland annat att det finns ett behov av att tydliggöra hur vårdplatser ska redovisas så att det går att följa fullmäktiges mål. De gör också bedömningen att ett mer samlat grepp behöver tas över personalsituationen i landstinget. Revisorerna rekommenderar att hälso- och sjukvårdsnämnden samt landstingsstyrelsen bör utarbeta strategier för att inkludera effekter av konkurrens om personal i arbetet med kompetensförsörjning.

Överväganden
Stockholms läns landsting bedriver ett strategiskt och långsiktigt arbete för att säkra kompetensförsörjningen till hälso- och sjukvården i Stockholms län. Arbetet leds från landstingsstyrelsen förvaltning men sker i nära samarbete med hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Ett led i detta arbete har varit att upphandla specialistsjusköterskeutbildningar som komplement till de ordinarie utbildningsplatserna som inte räcker för att täcka regionens behov. Satsningar på fler AT- och ST-tjänster för läkare görs också. Utvecklingen av vilka olika yrkesgrupper och specialiteter som det kan komma att bli brist på framöver följs noggrant för att beställningar av utbildningsplatser och ST-tjänsterna ska kunna anpassas utifrån kommande behov.

Insatser för att locka ungdomar till utbildningar inom hälso- och sjukvården sker kontinuerligt. Därutöver arbetar landstinget som arbetsgivare för att fortsatt vara en attraktiv arbetsgivare som har lätt att rekrytera och behålla personal. Det är dock respektive verksamhet som ansvarar för att ha tillräcklig bemanning för att uppfylla sitt uppdrag. Förvaltningen delar revisorernas bedömning att Karolinska Universitetssjukhuset är den verksamhet som för tillfället har svårast att rekrytera och behålla personal. Karolinska Universitetssjukhuset arbetar emellertid intensivt med frågan. Historiskt sett är det inte ovanligt att det från tid till annan uppstår bristsituationer som har olika förklaringar men med det gemensamt att generella åtgärder är relativt verkningslösa. I övrigt finns det alltid ett rekryteringsbehov till hälso- och sjukvården och ett visst mått av personalomsättning är både sunt och oundvikligt.

Precis som det framgår i revisionsrapporten sker för tillfället stora omflyttningar av vårduppdrag inom hälso- och sjukvården i Stockholms län. Det är därför naturligt att även medarbetarna byter arbetsgivare eller arbetsplats inom landstinget. Ett omfattande arbete runt kompetensförsörjning har genomförts inom ramen för arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård i nära samverkan med hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Flera av projekten går under våren 2014 in i en implementeringsfas. En kontinuerlig dialog förs mellan förvaltningarna på ledningsnivå om bemanningsläget på kort och lång sikt samt förutsättningarna för kompetensförsörjning till kommande vårdval och upphandlingar.

Revisorerna anser att det saknas långsiktiga strategier för att hantera utmaningar kopplade till lönefrågor. Förvaltningen delar inte den bilden. Personalpolicyn är grunden för landstingets arbete som arbetsgivare. Där framgår att landstingets personalpolitik förutsätter en genomtänkt och integrerad lönepolitik som stimulerar till verksamhetsförbättringar och måluppfyllelse. Kollektivavtalen är dock den enskilt viktigaste faktorn som styr löneläget inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utöver avtalen råder det en tydlig lönepolitik inom landstinget. Kompetens och ansvarstagande ska löna sig och det ska vara möjligt att utvecklas i sitt arbete och därmed få högre lön. Lönespridningen ska vara stor, men skälig och kopplad till medarbetarnas arbetsinsatser. Därför görs också en satsning, beslutad av landstingsstyrelsen den 4 februari 2014 (LS 1306-0896) för att öka lönespridningen för vissa specialistsjuksköterskegrupper, barnmorskor samt biomedicinska analytiker på akutsjukhusen under 2014-2015.

Revisorerna skriver i sin rapport att SLL Personal och utbildning har presenterat en kartläggning i vilken det skulle stå att man räknar med att cirka 30 procent av sjuksköterskorna kommer att sluta på grund av löneläget under perioden 2012-2014. Detta förefaller vara en missuppfattning av en uppgift i en rapport om kompetensförsörjning. I rapporten framgår att en uppskattad prognos är att cirka 30 procent av sjusköterskorna kommer att lämna hälso- och sjukvården under perioden 2012-2014. Den prognosen är baserad på data över personalutflödet tidigare år och inkluderar avgångar oavsett skäl, som t.ex. pensionsavgångar. Lön är endast en potentiell delförklaring till utflödet.

I revisionsrapporten lyfts också att ett skäl till den brist på sjuksköterskor som råder skulle vara att svenska sjuksköterskor i hög utsträckning arbetar i Norge på grund av det högre löneläget. Det är självfallet svårt att få entydiga underlag för den typen av påstående. Förvaltningen delar dock inte den bilden som revisorerna ger. I statistik från Norges motsvarighet till

Statistiska centralbyrån, Statistik sentralbyrå, framgår att endast 2 241[1] sjuksköterskor eller barnmorskor som är födda i Sverige och invandrade i Norge var verksamma inom hälso- och sjukvården där under fjärde kvartalet 2012. Det bör också påpekas att levnadsomkostnaderna är betydligt högre i Norge än i Sverige vilket medför att lönenivåerna inte är direkt jämförbara.

Revisorerna påpekar i sin rapport att det behöver fastställas hur vårdplatser ska redovisa för att möjliggöra uppföljning av fullmäktiges mål. För tillfället arbetar landstinget utifrån de definitioner av fastställda och disponibla vårdplatser som Socialstyrelsen slog fast år 2011. Genom att utgå från dessa definitioner möjliggörs rapportering till de uppföljningar som Sveriges kommuner och landsting gör för hela landet. Det skapar också förutsättningar för jämförelse över tid och mellan landsting.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Miljökonsekvenser av beslutet

I enlighet med landstingets Miljöpolitiska program 2012-2016 har hänsyn till miljön beaktats och slutsatsen är att det inte är relevant med en miljökonsekvensbedömning i detta ärende.

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

Maria Englund
Personaldirektör

[1] www.ssb.no, Helse- og sosialpersonell, 2012, 4 kvartal

PROJEKTRAPPORT NR 5/2013

Ankom
Stockholms läns landsting
2013 -12- 03
Dnr LS 1312-1536

Tillgången på vårdplatser
- Styrningen på landstings- och sjukhusnivå

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kort om rapporten

Det finns idag för få disponibla vårdplatser i länet. Antalet platser ska öka – men om så sker kan ingen idag svara på. Den övergripande styrningen med beställningar av vårdvolymer och uppföljningen av vårdplatstillgången behöver stärkas så att det går att följa upp fullmäktiges mål. Överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är på för hög nivå. Här behöver incitament skapas för att minimera dessa. Bristen på sjuksköterskor lyfts fram som främsta orsaken till vårdplatsbristen. Ett mer samlat grepp behöver tas på övergripande nivå över personalsituationen inom akutsjukvården i landstinget när det gäller att sammanställda relevanta data och att utforma strategier utifrån dessa. Karolinskas styrning av, dialog med och mellan klinikerna behöver utvecklas ytterligare. Det gäller såväl produktionsstyrning och personalhantering som hantering av utlokaliseringar när vårdplatsbristen är ett faktum.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Revisorsgrupp I
2012 års revisorer

2013-11-28

Diarienummer:
RK 201306-0045

Landstingsstyrelsen

Projektrapport 5/2013
Tillgången till vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på möte 2013-11-28 överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2014-02-24.

Revisorerna vill särskilt framhålla att den övergripande styrningen och uppföljningen av vårdplatstillgångar behöver stärkas. Bland annat behöver de t tydliggöras hur vårdplatser ska redovisas så att det går att följa fullmäktiges mål. Ett mer samlat grepp behöver även tas över personalsituationen i landstiget. Här behöver strategier utarbetas inom ramen för landstingets kompetensförsörjning som innefattar effekter av konkurrens om personal.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Kenneth Strömberg
ordförande

Agneta Fohlström
sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
Fax: 08-737 53 50
E-post: landstingsrevisorerna@rev.sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

Besök oss: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Revisorsgrupp II 2013-11-28 *Diarienummer:*
RK 201306-0045

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset

Projektrapport 5/2013
Tillgången på vårdplatser – Styrningen på landstings- och sjukhusnivå

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2013-11-28 att överlämna rapporten till Hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset för yttrande senast 2014-02-24.

Revisorerna vill till HSN särskilt framhålla att den övergripande styrningen och uppföljningen av vårdplatstillgången behöver stärkas. Bland annat behöver det tydliggöras hur vårdplatser ska redovisas så att det går att följa upp fullmäktiges mål. Ett mer samlat grepp behöver även tas över personalsituationen i landstinget. Här behöver strategier utarbetas inom ramen för landstingets kompetensförsörjning som innefattar effekter av konkurrens om personal.

Till styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset vill revisorerna lyfta att dialogen med och mellan klinikerna behöver utvecklas. Rutiner behöver utvecklas för att löpande följa personal- och bemanning. Personalhanteringen behöver vidare effektiviseras genom en översyn av sammansättningen av olika personalkategorier. Sjukhuset bör säkerställa att rutiner fungerar vid utlokaliseringar.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Göran Hammarsjö
ordförande

Rikard Lindqvist
sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
Fax: 08-737 53 50
E-post: landstingsrevisorerna@rev.sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

Besök oss: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

INNEHÅLL

1 SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER 4

2 UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN 6

2.1 Motiv till granskningen 6
2.2 Revisionsfråga 6
2.3 Avgränsning 6
2.4 Bedömningsgrunder 6
2.5 Metod 7

3 VÅRDPLATSSITUATIONEN 7

3.1 Vårdplatser idag - lägesbeskrivning 7
3.2 Varför saknas det vårdplatser? 9
3.3 Varför är det brist på personal? 10
3.4 Personalsituationen på Karolinska 11

4 LANDSTINGETS ÖVERGRIPANDE VÅRDPLATSSTYRNING 12

4.1 Vårdplatser och styrning 12
4.2 Uppföljning 13
4.3 Personal 14
4.4 Hur samordnas planeringen av vårdplatser under genomförandet av Framtidens Hälso- och Sjukvård? 14
4.5 Revisionens bedömning av den övergripande styrningen 15

5 KAROLINSKAS STYRNING AV VÅRDPLATSER 15

5.1 Vårdplatser på kort sikt 15
5.2 Vårdplatser på längre sikt 17
5.3 Karolinskas personalplanering 18
5.4 Revisionens bedömning av Karolinskas vårdplatsstyrning 19

6 KLINIKERNAS STYRNING AV VÅRDPLATSER 20

6.1 Konsekvenser av vårdplatsbristen 20
6.2 Akuta flöden tränger undan planerad behandling 21
6.3 Hur arbetar klinikerna för att hantera vårdplatsbristen? 21
6.4 Revisionens bedömning av vårdplatsstyrning på kliniknivå 22

1 Slutsatser och rekommendationer

Det finns idag en samstämmig bild i landstinget av att det finns för få disponibla vårdplatser i länet och att överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är på för hög nivå. Detta leder till säkerhetsrisker för patienterna, arbetsmiljöproblem för personalen och en ineffektiv vård. Situation förefaller särskilt problematisk på Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska). Mot den bakgrunden har revisionen granskat hur arbetet med vårdplatser bedrivs för att skapa förutsättningar för en god vård på akutsjukhusen. Det gäller styrningen av vårdplatser inom landstinget som helhet, men också på sjukhus- och klinniknivå inom Karolinska.

Även den granskning som revisionen genomförde 2010[1] visade på en besvärlig situation när det gäller vårdplatser. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) lyfte i sitt svar fram olika insatser som på såväl kort som lång sikt skulle förbättra situationen. I landstingsstyrelsens svar framgick att 100 till 170 nya vårdplatser skulle öppnas på kort sikt och fram till 2015 skulle 500 nya vårdplatser öppnas. Idag kan ingen svara på om det totala antalet vårdplatser ökat eller minskat. På akutsjukhusen verkar snarast antalet vårdplatser minskat enligt de uppgifter revisionen tagit del av. I landstingets budget för 2014 anges att 870 nya vårdplatser (varav 222 vid akutsjukhusen) ska finnas tillgängliga 2018. Det är dock oklart vilken nivå ökningen ska räknas utifrån och därmed hur många vårdplatser som faktiskt ska finnas.

Den övergripande styrningen som berör vårdplatssituationen har två huvudkomponenter. Den delen som påverkas av investeringar i fysiska byggnader och inte ingår i denna granskning, samt HSN:s beställningar av vårdvolymer som huvudsakligen styrs via avtalen. Beställningen är i avtalen formulerad i "DRG-poäng" som är ett mått som används för att väga samman vårdtillfällen och vårdtyngd. Utgångspunkten är att sjukhusen inom ramen för avtalen ansvarar för att tillhandahålla de vårdplatser som krävs för att klara sitt åtagande. Revisionen uppfattar kedjan mellan budgetens långsiktiga mål om flera vårdplatser och HSN:s beställning av DRG-poäng som svag. Vårdplatser är ett komplext begrepp men revisionen anser att hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra begreppet så att det går att följa måluppfyllelsen jämfört med fullmäktiges budget. Avtalen ställer inte heller några krav kring överbeläggning och utlokalisering. Styrningen behöver på dessa punkter bli tydligare och uppföljningen underlättas.

Bristen på sjuksköterskor lyfts idag fram som den främsta orsaken till vårdplatsbristen. Revisionen efterlyser ett mer samlat grepp över personalsituationen i landstinget som helhet såväl när det gäller sammanställda data som strategier utifrån dessa. I takt med att antalet vårdaktörer i länet ökat har dessutom konkurrensen om personalen ökat med effekter på löner och risker för eget kompetenstapp en fråga som skyndsamt behöver hanteras såväl centralt som på sjukhusen. Frågan finns till en del med i ett utredningsuppdrag[2] om specialistvårdval som ska redovisas till HSF under hösten 2013.

På sjukhusnivå visar granskningen att Karolinska inom ramen för sitt ansvar tagit ett antal initiativ under de senaste åren för att komma till rätta med vårdplatssituationen. I det korta perspektivet har man förbättrat rapporteringen och det finns idag god information om hur beläggningen ser ut på sjukhuset. I det

[1] 23/2010 Fullt på sjukhusen?
[2] Konsekvensutredning - utskifte av vård och vårdval

längre perspektivet pågår såväl arbete med att utveckla produktionsstyrningen som arbete med personalförsörjningen. Det innebär att det idag finns bättre förutsättningar att agera utifrån jämfört med 2010. Även på central nivå i landstinget har initiativ tagits genom att initiera en analys av underproduktionen på Karolinska som inkluderar frågan om stängda vårdplatser. Tillsammans med Skåne och Västra Götalandsregionerna har en jämförande studie mellan universitetssjukhusen genomförts som ett underlag för förbättring av verksamheten.

De initiativ som nu tagits har dock ännu inte kunnat påverka vårdplatssituationen på Karolinska som påtagligt försämrats under de senaste åren. Den ansträngda situationen har lett till ett ökat antal utlokaliseringar och även dominoutlokalisering[3]. Revisionen bedömer att Karolinskas styrning ytterligare skulle behöva utvecklas. Det gäller dels produktionsstyrningen, där ett arbete redan påbörjats, dels gäller det hanteringen av vårdplatsbrist när den väl uppkommer. Här skulle sjukhusets ledning behöva säkerställa en hantering som minimerar antalet utlokaliseringar och dominoutlokaliseringar av patienter till kliniker där även den planerade vården påverkas negativt. Klinikerna behöver i högre utsträckning se till helheten och gemensamt säkerställa att rutiner vid utlokalisering fungerar på ett sätt som bidrar till god patientsäkerhet och rimliga arbetsvillkor och att befintliga plaster utnyttjas på bästa sätt.

När det gäller personalförsörjningen behöver Karolinska förstärka arbetssätt och system för att löpande följa relevanta personaldata rörande såväl arbetsmiljö och arbetstidsregler som vakanser för sjukhuset som helhet och på kliniknivå. Tydliga nyckeltal för bemanning per vårdplats givet en viss vårdtyngd skulle också göra det lättare att bedöma påverkan på personalens arbetsmiljö respektive patientens säkerhet i samband med överbeläggningar och utlokaliseringar. Pågående interna arbeten visar även på skillnader när det gäller personalmixen såväl mellan liknande avdelningar som jämfört med andra universitetssjukhus som bör kunna användas i förbättringsarbetet.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att den övergripande styrningen och uppföljningen av vårdplatstillgången och dess konsekvenser behöver stärkas. Karolinskas styrning av, dialog med och mellan klinikerna behöver utvecklas ytterligare, såväl vad gäller produktionsstyrning, personalhantering som hantering av överbeläggningar/utlokaliseringar när vårdplatsbristen är ett faktum.

Rekommendationer

- HSN bör tydliggöra hur vårdplatser ska redovisas för att möjliggöra styrning och uppföljning utifrån fullmäktiges mål.
- HSN bör skapa incitament för att minimera överbeläggningar och utlokaliseringar.
- Landstingsstyrelsen och HSN bör i arbetet med kompetensförsörjningen även utarbeta strategier som innefattar effekter av konkurrens om personal.
- Karolinska bör utveckla rutiner för att löpande följa personal- och bemanningstal för att säkerställa en god arbetsmiljö.
- Karolinska bör effektivisera sin personalhantering genom att se över sammansättningen av olika personalkategorier.
- Karolinska bör på såväl sjukhus- som kliniknivå säkerställa att rutiner vid utlokalisering fungerar på ett sätt som minimerar patientsäkerhets- och arbetsmiljöriskerna.

[3] När en avdelning tvingas utlokalisera patienter pga. att de själva tagit emot andras utlokaliserade patienter.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Bristen på vårdplatser har under många år varit en uppmärksammad fråga. Revisionen granskade 2010 vem som har ansvaret och vad som görs för att minimera riskerna vid överbeläggningar och utlokaliserade patienter. I landstingsstyrelsens yttrande över rapporten angav man att det på kort sikt skulle öppnas 100-170 vårdplatser och att det fram till 2015 skulle tillkomma totalt 500 nya vårdplatser. Hälso- och sjukvårdsnämnden angav i sitt yttrande bl.a. att beställningarna utökats av både geriatrikplatser och vårdplatser i specialiserade sjukvård utanför akutsjukhusen. Man lyfte även fram att ändrade arbetssätt skulle kunna frigöra vårdplatser. Rapporter om vårdplatsbrist och överbeläggningar har dock fortsatt.

På nationell nivå har Socialstyrelsen och SKL utvecklat en uppföljningsmodell för att följa utvecklingen. SKL presenterar fr.o.m. januari 2013 uppgifter om överbeläggningar och utlokaliserade patienter varje månad från alla akutsjukhus. Det gör att det nu finns möjlighet att utifrån samma definitioner följa utvecklingen.

Vårdplatssituationen är idag ett reellt problem och det finns en stor oro för hur situationen kommer att utvecklas under de närmaste åren. Granskningen har genomförts mot bakgrund av detta och att de förbättringar som tidigare utlovats ännu inte tycks ha förändrat situationen.

2.2 Revisionsfråga

Övergripande revisionsfråga

Bedrivs arbetet med vårdplatser inom landstinget så att förutsättningar skapas för en god vård på akutsjukhusen?

Delfrågor

- Hur sker planering, styrning och uppföljning av tillgången på vårdplatser i landstinget på övergripande nivå?
- Hur styrs beställningarna av somatisk vård för att uppnå en effektiv vård med ett minimum av överbeläggningar och utlokaliserade patienter?
- Hur styrs tillgången på vårdplatser på sjukhusnivå för att minimera patient- och arbetsmiljörisker?
- Hur samordnas planeringen för att situationen med överbeläggningar och utlokalisering av patienter inte ska förvärras under genomförandefasen av framtidsplanen?

2.3 Avgränsning

Granskningen har ett fokus på landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämndens planering, styrning och uppföljning av vårdplatser, men även hanteringen av vårdplatssituationen på sjukhusnivå. Tidsperspektivet i granskningen är nutid och fram till 2018 då "Framtidens hälso- och sjukvård" (FHS) avses att vara genomförd.

2.4 Bedömningsgrunder

- HSL 2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.

- Patientsäkerhetslagen 3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. 1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. 2 § Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.
- Nationella indikatorer för God vård. Sex områden anges. Däribland: säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård och effektiv hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente: planerings- och uppföljningsansvar.
- Arbetsmiljölagen 3 kap. 2 § "Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall"

2.5 Metod

Mot bakgrund av patientsäkerhet och arbetsmiljö har granskningen genomförts på tre nivåer:

1. På övergripande nivå - hur styrningen av tillgången på vårdplatser sker i landstinget. Granskningen avser HSN och LS.
2. På sjukhusnivå - hur HSN beställer och följer upp den somatiska vården på ett sjukhus (Karolinska) och hur sjukhuset i sin tur styr och följer upp tillgången på, och beläggningen av, vårdplatser på klinikerna.
3. På två av Karolinskas kliniker - hur överbeläggningar och utlokaliserade patienter hanteras i praktiken. Granskningen avser sjukhusets styrning.

Granskningen utgår från:

- Dokumentstudier – avtal, interna riktlinjer och rapporter samt externa rapporter.
- Statistik– data som är relaterade till vårdplatser, personal, patienter och ekonomi såväl på nationell-, landstings- som lokalnivå.
- Intervjuer – sammanlagt har ett trettiotal personer med olika funktioner inom HSF, LS-personal, Karolinska och fackförbunden intervjuats.

Granskningen har genomförts av en projektgrupp på revisionskontoret där Anders Olsson varit projektledare och Camilla Salomonsson projektmedarbetare.

3 Vårdplatssituationen

3.1 Vårdplatser idag - lägesbeskrivning

Hösten 2013 finns det en samstämmig bild i landstiget om att det finns för få disponibla vårdplatser i länet och att överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är på för hög nivå. Detta leder till patientsäkerhetsrisker, arbetsmiljöproblem för personalen och en ineffektiv vård.

För begreppet vårdplatser finns det olika definitioner. I rapporten används två begrepp med de definitioner som Socialstyrelsen 2011 fastslagit och som också används i Framtidsplanen andra steget:

Fastställd vårdplats*[4]*: Vårdplats i slutenvård beslutad av landstinget.

Disponibel vårdplats: Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Det finns regelmässigt en skillnad mellan antalet fastställda vårdplatser och antalet disponibla vårdplatser. Särskilt under sommaren 2013 har skillnaden varit stor. Så sent som i slutet av augusti (v34) var endast 82 procent av de fastställda platserna även disponibla.

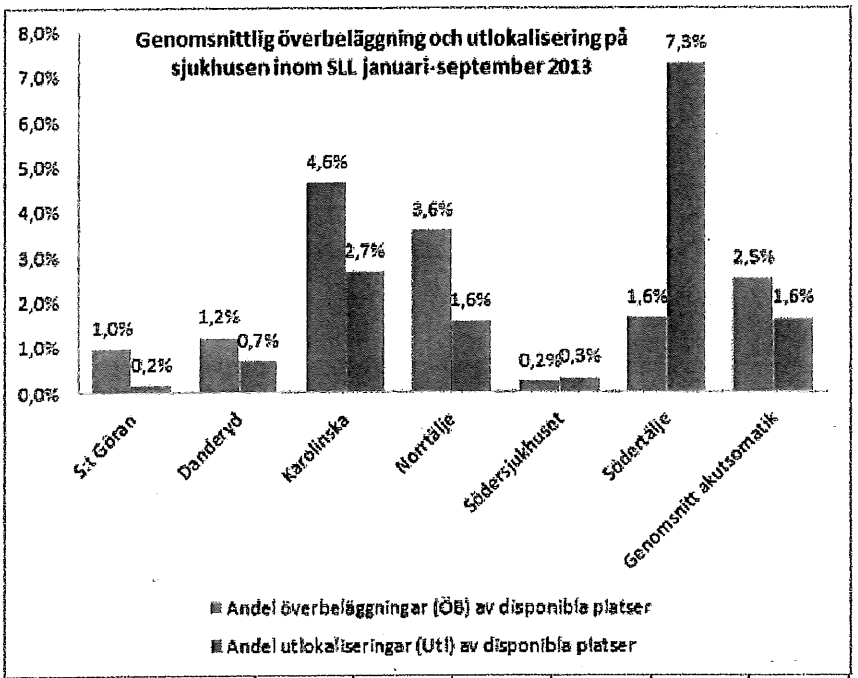
Vårdplatser vid akutsjukhusen (exkl. psykiatri och geriatrik) 2010-2013				
	Disponibla vårdplatser			
	McKinsey*[5] *v 15 -19	***Rapporterade till SKL***		***SLL sammanställning v 34***
Sjukhus	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Karolinska	1348	1294	1023	1175
Södersjukhuset	521	642	651	526
Danderyds sjukhus	431	460	470	518
Södertälje sjukhus	122	109	114	136
Norrtälje (TioHundra)	72	74	74	112
S:t Görans sjukhus	290	292	292	298
Summa	**2784**	**2871**	**2624**	**2765**

De har varit svårt att få fram uppgifter om vårdplatsutvecklingen. En orsak är att definitioner har ändrats. Tabellen ovan är ett försök att redovisa utvecklingen från 2010. Även om uppgifterna kommer från olika källor och avser olika perioder så pekar de på att antalet disponibla vårdplatser på akutsjukhusen inte har ökat utan snarare minskat sedan 2010. Landstingets chefläkare gör samma bedömning. Inom geriatriken uppges antalet platser ha ökat. Någon sammanställning över detta finns dock inte framtagen.

När en avdelning som har 20 disponibla platser tar in ytterligare en patient innebär det en överbeläggning. Överbeläggningar sker huvudsakligen genom förtätning i vårdsalar eller öppnande av oanvända salar (vid avdelningar där de fastställda vårdplatserna eller de fysiska vårdplatserna[6] är fler än de disponibla) vilket innebär att en avdelning vårdar fler patienter än den aktuella bemanningsplanen utgår från. Enligt samtliga intervjuade är det ovanligt att patienter läggs i tvättrum eller andra liknande utrymmen. Om patienten istället placeras på en annan klinik uppstår det en utlokalisering. Utlokalisering är enligt alla intervjuade en sämre lösning än överbeläggning och kan innebära ökade patientsäkerhetsrisker[7].

[4] En fastställd vårdplats innebär också i princip en planerad/budgeterad vårdplats.
[5] McKinsey siffrorna är de enda uppgifter revisionen fått fram som visar alla akutsjukhus 2010. Enligt boksluten 2010 hade Karolinska 1389, SöS 693 och DS 538 somatiska platser - men det är oklart om definitionen på vårdplats då är densamma som för åren därefter.
[6] Fysisk vårdplats eller bara vårdplats: En ligg- eller sittplats på vårdenhet som kan användas som kan användas för vård och behandling.
[7] Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Slutrapport. Socialstyrelsen, november 2012.

Nedanstående diagram visar de genomsnittliga nivåerna av överbeläggning och utlokalisering per dygn för akutsjukhusen i länet utifrån rapporteringen till SKL. Här framgår att Karolinska, Norrtälje och Södertälje sjukhus har de största problemen i relation till antal disponibla vårdplatser.



	S:t Göran	Danderyd	Karolinska	Norrtälje	SöS	Södertälje	Totalt
Antal öb per dag	3	6	57	3	2	1	71
Antal utl per dag	0	3	33	1	2	6	46

3.2 Varför saknas det vårdplatser?

För att förstå komplexiteten i att beräkna behovet av vårdplatser kan exemplet med hur samma säng användas för tre patienter under ett dygn vara belysande.

- Patient A skrivs ut och går hem på morgonen.
- Patient B använder sängen på dagen i samband med en dagoperation.
- Patient C läggs in för natten när patient B åkt hem.

För att det ska fungera så krävs en väl utvecklad logistik.

Det finns flera orsaker till varför det finns för få vårdplatser:

1. brist på personal, särskilt sjuksköterskor, uppges idag vara det i särklass största problemet,
2. ombyggnationer och underhåll gör att vårdsalar stängs,
3. mer komplexa patientströmmar såväl internt inom ett sjukhus som till och från externa vård- och omsorgsgivare som innebär problem med fördelning av existerande vårdplatser (dvs. vårdplatserna finns inte alltid där de behövs mest).

I bakgrunden finns även den ekonomiska styrmodellen som påverkar vårdplatssituationen. Ekonomiska skäl gör ibland att kortsiktiga besparingskrav ställs som innebär att antalet vårdplatser minskar då vårdgivare stänger ner fastställda vårdplatser. Det finns heller inga ekonomiska incitament kopplade till antal disponibla vårdplatser eller förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar.

Därutöver finns det slumpmässiga och säsongsberoende variationer som t.ex. kan bero på halka, maginfluensa eller infektioner som kräver att patienter har enkelrum på grund av smittorisken. Under influensatider uppstår dessutom en dubbel effekt genom att behovet av vårdplatser ökar samtidigt som sjukskrivningarna bland personalen ökar.

Utgångspunkten i denna granskning är interna flöden och framförallt personalfrågor då brist på personal idag anses vara det största problemet. Problemen med patientströmmarna ut från sjukhusen har revisionen belyst i tidigare projekt[8]. Enligt flertalet av de intervjuade fungerar utskrivningen av patienter i dag bättre än tidigare, vilket effektiviserat användningen av befintliga vårdplatser. Dock kvarstår enligt intervjuade problem med regelverket för när betalningsansvar övergår till kommunen.

3.3 Varför är det brist på personal?

Bristen på personal har lett till att vårdplatser som formellt är fastställda idag inte är disponibla. Enligt chefläkaren på Karolinska saknades det i augusti 2013 cirka 300 sjuksköterskor på sjukhuset. Det förklarade enligt honom ungefär 90 procent av de platser som inte var disponibla.

En orsak till bristen på sjuksköterskor är att Karolinska Institutet (KI) fick sin examinationsrätt indragen 2008 och därmed inte kunde anta sjuksköterskestuderande under tre terminer. Det innebar att antalet sjuksköterskor som utexaminerades vid KI minskade från 298 år 2011 till 14 år 2012. Totalt blev minskningen i länet 135 då de andra högskolorna i länet fick ett ökat uppdrag för att kompensera bortfallet från KI.

Bristen på sjuksköterskor är ingen nyhet. OECD flaggade redan 2005 i sin hälsoöversikt att det var brist på sjuksköterskor i nästan alla OECD-länderna. Ökad konkurrens och en gemensam arbetsmarknad i Europa har inneburit att nära 14 000 svenska sjuksköterskor arbetat i Norge under de senaste tio åren, enligt Vårdförbundet. Där är lönen avsevärt högre.

Det har under flera år funnits en trend att konvertera undersköterskejänster till sjuksköterskejänster. Flera intervjuade menar att detta bl.a. lett till att sjuksköterskor idag gör saker som tidigare utfördes av undersköterskor. Med tanke på dagens brist på sjuksköterskor pekar man på att det finns alla anledning att se över personalmixen.

Flera av de intervjuade beskriver att sjukhusen generellt har tappat i attraktionskraft för nyutexaminerade sjuksköterskor. I det allt bredare utbudet av arbeten har sjukhusen svårt att klara sig i konkurrensen. En kartläggning som landstinget gjorde 2012[9] visar ett samband mellan utflöde av sjuksköterskor och andel slutenvård på olika kliniker. Ju större andel slutenvård desto större utflöde. Samtidigt ser många erfarna sjuksköterskor ett arbetsbyte som enda möjligheten att höja lönen och få bättre arbetsvillkor, enligt de intervjuade. Detta syns i ökad personalrörlighet inom landstinget och mellan sjukhusen. En analys som Karolinska gjort visar att ungefär lika många sjuksköterskor sagt upp sig från Karolinska och börjat på Södersjukhuset (SöS) som tvärtom under den undersökta perioden. I tidigare nämnd kartläggning från landstingets personalenhet (SLL-personal och utbildning) beräknas att omkring 30 procent av

[8] 23/2010 Fullt på sjukhusen, 14/2011 Effektivisering av sjukhusens patientflöden
[9] Kompetensförsörjning inom Stockholms läns landsting. En kartläggning av nuläget gällande utbud och efterfrågan av kompetens.

sjuksköterskorna kommer att sluta sin anställning under åren 2012-2014 av löneskäl.

3.4 Personalsituationen på Karolinska

Det finns indikationer på att Karolinska har särskilt svårt att attrahera och behålla personal. En jämförelse av antalet sökande per utannonserad sjuksköterskeketjänst på Karolinska visar att antalet sökande per plats minskat med 40 procent mellan 2011 och 2013. En liknande utveckling kan ses på några av akutsjukhusen, bland vilka Södertälje har den största minskningen. Men, under jämförelseperioden okt 2011 respektive okt 2012 visade både SöS och Danderyd en motsatt utveckling mot Karolinska. Mellan dessa månader ökade antalet sökande per tjänst, samtidigt som de minskade på Karolinska[10]. Under 2013 ligger dock antalet sökande per tjänst på Karolinska kvar på ungefär på samma nivå som 2012, vilket kan indikera att situationen stabiliserat sig på en lägre nivå. Karolinska har även vakansproblem inom vissa läkarspecialiteter, men i lägre grad. Sjukhuset har också i sin analys sett att man tappar erfarna läkare.

En grupp som tillsatts på Karolinska för att ta reda på orsakerna till sjukhusets underproduktion har presenterat en undersökning som visar att de viktigaste orsakerna till bristen på sjuksköterskor utgörs av upplevd

- låg lön/ersättning,
- bristande ledarskap/organisation,
- tung arbetsbelastning och stress,
- bristande kompetensutveckling/utvecklingsmöjligheter.

En avgångsenkätundersökning som gjorts visar vidare att tappet av sjuksköterskor sker till andra enheter på Karolinska (31 %), till andra sjukhus i landstingets regi (20 %), till privata vårdgivare (22 %) och till kommuner (7 %). Detta skulle delvis kunna bekräfta bilden av att sjuksköterskor på olika håll i sjukvårdssystemet säger upp sig och börjar någon annanstans för att få upp sin lön.

I en annan del av analysen som Karolinska genomfört av orsakerna till underproduktionen, uppger 9 av 10 kliniker "effekter av åtgärdsprogrammet"[11] som huvudorsak till nuvarande bemanningsproblem (och därmed direkt eller indirekt till vårdplatsproblemen).

Karolinska tycks ha hamnat i en nedåtgående spiral med hög personalrörlighet, ökat övertidsuttag, ökande sjuktal och minskat antal sökande på utlysta tjänster. På klinikerna med störst underproduktion ligger personalrörligheten på 2,74 per månad, dvs. över 30 procent av personalen slutar i genomsnitt på ett år. Personalomsättningen uppges vara högre i slutenvården än i öppenvården. Dessutom ökar sjukfrånvaron framför allt bland sjuksköterskor - mer än motsvarande tal för läkare och undersköterskor. Kostnaderna för inhyrd personal ökar (om än inte dramatiskt). Övertidsarbetet[12] ökar, men ökningen hittills under 2013 (5 %) är mindre dramatisk än mellan 2011-2012 då övertidsarbetet ökade med (25 %).

[10] Uppgifterna bör tolkas med stor försiktighet då det endast rör sig om observationer för en månad (oktober) för respektive år 2011, 2012 och 2013.
[11] Det besparingsprogram som genomfördes under 2012 på Karolinska.
[12] Definierat som totalen av övertid, fyllnadstid och överskjuten tid (förlängda arbetspass).

Tillsammans med Södertälje sjukhus, tycks Karolinska vara det sjukhus som har svårast att rekrytera medarbetare. Karolinskas medarbetarindex för 2012[13] låg lägre än de andra sjukhusen inom SLL. Karolinska hade ett index på 73,medan SöS och DS båda hade 76 och Södertälje hade 75. Genomsnittet var: 75. 2012 låg Karolinska lägst av sjukhusen vad gäller motivationsindex respektive kund- och resultatfokus, och bland dem med sämst värden när det gäller stress. Mellan 2012 och 2013 har resultaten försämrats vad gäller medarbetarnas åsikt om Karolinska som arbetsgivare och vårdgivare[14].

4 Landstingets övergripande vårdplatsstyrning

4.1 Vårdplatser och styrning

I landstingets budget för 2014 med tillhörande plan för framtidens hälso- och sjukvård anges mål för framtida antal vårdplatser. Antalet ska 2018 ha ökat med 870 varav 222 vid akutsjukhusen[15]. Från vilken nivå ökningen ska ske anges inte. I planeringsarbetet är utgångspunkten att en fastställd plats även är disponibel. Det är upp till sjukhusen att verkställa dessa mål.

HSN beställer inte vårdplatser av sjukhusen. Beställning utgår istället från vårdtillfällen[16] och "vårdtyngd" utifrån DRG-poäng[17] för hela sjukhuset. Som underlag finns uppgifter på kliniknivå. Tidigare gjordes beställningarna per klinik. När gällande flerårsavtal formulerades för 2012-2015 utökades volymerna något jämfört med tidigare avtal med hänsyn till befolkningsökningen. I övrigt baseras volymerna huvudsakligen på en procentuell uppräkning.

Utöver huvudavtalet för sjukhusen finns en rad sidoavtal. Det kan t.ex. röra ny verksamhet eller vara en tilläggsbeställning. Bland annat kan extra beställningar göras för att säkra vården under sommaren. HSN kan även styra om beställningar till andra vårdgivare under året om inte sjukhusen uppnår avtalad nivå. I praktiken är dock detta svårt, i synnerhet vad gäller högspecialiserad vård.

Utifrån avtalet åtar sig sjukhuset att producera ett antal vårdtillfällen och det är upp till varje sjukhus att säkerställa det antal vårdplatser som behövs för detta. När det gäller avtalet med Karolinska finns dock en pågående tvist angående ersättningen. Karolinska menar att de förlorat på att mindre vårdtunga patienter nu hanteras utanför sjukhuset och att sjukhuset därför inte har täckning för sina kostnader (dvs. den vårdtyngd man nu har). För att klara sin budget har Karolinska i viss mån valt att hålla vårdplatser stängda. Under sommaren har Karolinska haft en betydligt lägre andel av sina platser disponibla än de övriga sjukhusen.

Det kan samtidigt noteras att även om inte HSN:s beställning reglerar antalet vårdplatser så är vårdplatserna centrala när chefläkarna ska planera vården för sommaren. Planeringen utgår från hur många vårdplatser som varje sjukhus har

[13] Sammanställningen för hela SLL har ännu inte gjorts, varför jämförelsen med andra sjukhus/SLL endast kan göras för 2012. Däremot finns siffror från K:s egen medarbetarundersökning för 2013 tillgängliga.
[14] Frågor som rör huruvida personalen är stolt över att arbeta på K, om man skulle rekommendera Karolinska, om patienter får vård i rätt tid etc.
[15] I budgeten för 2013 står det 850 vårdplatser varav ca 250 på akutsjukhusen
[16] Vårdtillfälle = vårdkontakt i slutenvård. Ett vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande). Socialstyrelsens termbank
[17] DRG = diagnos relaterade grupper. Innebär att patienter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp

öppet under sommaren. Under 2013 sammanställdes veckovisa rapporter med bl.a. vårdplatssituationen på sjukhusen. Samordningen av planeringen kommer att utökas inför kommande sommar.

HSF påverkar även indirekt vårdplatssituationen på sjukhusen genom sina avtal med andra vårdgivare. Ett konkret exempel är att geriatrikens uppdrag vidgats. Bland annat finns idag inte någon vårtids- eller åldersgräns och beställningen har utökats. I avtalet finns inskrivet att antalet disponibla platser inte får reduceras med mer än 10 procent och incitament ges för att öka andelen direktintag till geriatriken. Under sommaren har det dock visat sig finnas problem med att slussa patienter vidare från sjukhus till geriatrisk vård. Detta då sjukhusen och de geriatriska klinikerna saknar samsyn om vilka patienter som uppfyller kriterierna för geriatrisk vård. För att hantera detta har HSF beslutat att ett gemensamt verktyg för att bedöma om patienten ingår i geriatrikens uppdrag ska utvecklas samtidigt som samverkan mellan sjukhusen och geriatriken behöver utvecklas.

Även HSN:s beslut om vårdval påverkar vilken vård som ska utföras på sjukhusen och därmed behovet av vårdplatser där. En ytterligare indirekt påverkan är avtalen HSF tecknar med kommunerna om utskrivning från slutenvården.

4.2 Uppföljning

I den årliga avtalsuppföljningen följer inte HSF antalet vårdplatser, beläggningsgrad eller bemanning. Det pågår dock diskussion om att lägga in vite för överbeläggningar och utlokalisering för kommande år. Utöver detta sammanställer HSF den beläggningsstatistik som rapporteras in till SKL varje månad.

Utöver avtalsuppföljningen görs särskilda uppföljningar. Bland annat har genomgångar gjorts av i vilken utsträckning patienter vårdade i slutenvården är på rätt vårdnivå. Under 2013 har HSF tillsammans med akutsjukhusen genomfört ett projekt om arbetet på akutmottagningarna. Den avslutande rapporten lämnar 21 rekommendationer på övergripande-, sjukhus- och akutmottagningsnivå. Flera av dem berör vårdplatssituationen på sjukhusen direkt eller indirekt[18].

HSF har tillsammans med regionledningarna i Skåne och Västra Götaland tagit fram en rapport som jämför universitetssjukhusen. Rapporten visar på stora olikheter exempelvis vad gäller bemanning (se avsnitt 5.3.) och praxis vad gäller utlokalisering visavi överbeläggning. Karolinska utlokaliserar t.ex. i betydligt högre utsträckning än Sahlgrenska sjukhuset som istället väljer att ha fler överbeläggningar vid vårdplatsbrist.

Landstingsdirektören har tillsatt en analysgrupp med representanter för landstingsstyrelsens förvaltning, hälso- och sjukvårdsförvaltning och Karolinska för att "genomlysa universitetssjukhusets position i relation till övriga hälso- och sjukvårdssystemet, samt i förhållande till arbetet med framtidsplanen". En av frågorna gruppen ska belysa är hur produktionsförmågan ska kunna upprätthållas på Karolinska i relation till befintliga vårdavtal. Detta inkluderar frågan om stängda vårdplatser.

[18] Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar. Slutrapportering oktober 2013.

4.3 Personal

Det övergripande ansvaret för kompetensförsörjning i landstinget ligger hos landstingsstyrelsen och landstingsstyrelsens förvaltning (SLL-personal). En central uppgift är att föra diskussioner med staten om utbildningsplatser. Förvaltningen sammanställer även en rad nyckeltal inom personalområdet som redovisas i personalbokslutet. Det görs dock ingen analys vad gäller koppling mellan dessa nyckeltal och vårdproduktion. Inom ramen för Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) pågår utveckling av en prognosmodell för kompetensförsörjning. Arbete pågår även med att utveckla styrningen inom området.

Sjuksköterskornas lönenivå har varit en omdiskuterad fråga under flera år. Det har gällt såväl ingångslönen för nyutexaminerade, löneutveckling som lönen för specialistutbildade sjuksköterskor och barnmorskor. I landstingets budget för 2014-2015 finns en satsning som omfattar 59 miljoner per år. Medlen ska fördelas på ca 3 000 specialistsjuksköterskor i bristyrkena på akutsjukhusen. Åtgärden presenteras som ett led i arbetsgivarens ansvar för att vårda det gällande kollektivavtalet med Vårdförbundet.[19] Utöver detta treåriga initiativ och en överenskommelse om att inte konkurrera om löner mellan sjukhusen, finns ingen långsiktig strategi för att hantera utmaningar kopplade till lön/ersättning och konkurrens om personal.

För att hitta nya lösningar på vakanssituationen för sjuksköterskor har HSF:s chefläkare och LSF:s personaldirektör nyligen arrangerat en workshop med syfte att följa upp sommaren 2013. Där diskuterades bl.a. frågor som rör personalmix. HSF har även gett konsultbolaget McKinsey i uppdrag att göra en konsekvensutredning om vårdval. I utredningsuppdraget ingår att analysera personalflöden från akutsjukhusen ut till specialistvården utanför sjukhusen. I samband med förslag om att införa nya vårdvalsområden har det inte gjorts bedömningar av vilka konsekvenser det kan få för personalförsörjningen inom andra delar av vården.

4.4 Hur samordnas planeringen av vårdplatser under genomförandet av Framtidens Hälso- och Sjukvård?

Det har under de senaste åren pågått ett fortlöpande utredningsarbete tillsammans med akutsjukhusen om vad som händer när man avvecklar den nuvarande akutmottagningen på Karolinska i samband med att Nya Karolinska i Solna (NKS) öppnar 2017-18. Nu ska detta resultera i en detaljerad genomförandeplan fram till 2018. Till planen, som ska presenteras i januari 2014, kopplas en s.k. vårdutbudskarta. Målet är att alla berörda parter ska vara överens om planen.

Arbetet med planen och vårdutbudskartan har dragit ut på tiden. Detta kan ses som en följd av att arbetet påverkar varje vårdgivares framtida uppdrag och att en samsyn krävs bland aktörerna om inriktningen. Samtidigt framhölls det redan vid intervjuer revisionen gjort i ett tidigare projekt 2012[20] att "nu måste man sätta ner foten". Osäkerheten om det framtida uppdraget upplevdes försvårande för sjukhusens interna planering. Oron har också gällt om de nya vårdplatserna inom specialistvården utanför akutsjukhusen vid s.k. specialistcentra kommer att färdigställas i tid och hur deras uppdrag kommer att se ut. Även ställningstaganden till hur många geriatriska kliniker som kommer att behövas i framtiden och var de ska ligga har efterfrågats.

[19] SLL-pressmeddelande 2013-04-30
[20] 16/2012 Planeringen av Framtidens hälso- och sjukvård

Ett problem i FHS-arbetet är den stora diskrepansen mellan fastställda vårdplatser och disponibla. En fastställd vårdplats är lättare att planera och styra från övergripande nivå än att se till att det finns personal att bemanna den med. Därför är tillgången på personal en nyckelfråga för utvecklingen av vårdplatstillgången i länet inte bara i dagsläget utan även för möjligheten att genomföra planen för FHS.

4.5 Revisionens bedömning av den övergripande styrningen

HSN och landstingsstyrelsens förvaltningar har genomfört flera åtgärder och uppföljningar under senare år. Vårdplatssituationen vid akutsjukhusen förefaller dock inte vara bättre idag än vid revisionens granskning 2010. Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar har snarare ökat än minskat. För att kunna styra situationen anser revisionen bland annat att överbeläggningar och utlokaliseringar behöver inkluderas i de kvalitetskrav som ställs på sjukhusen.

Revisionen uppfattar även att styrningen mellan budgetens långsiktiga mål om flera vårdplatser och HSN:s beställning av sjukhusen genom vårdtillfällen är otydlig. Dessutom är det oklart från vilken nivå jämförelsen ska göras. Därför kan heller ingen ge något klart svar på om antalet vårdplatser ökar eller inte. Är utgångsläget okänd blir även målet oklart.

Revisionen noterar även skillnader i hur beställaren ställer krav i avtalen. I geriatrikavtalet är det som ovan nämnts inlagt en procentsats för hur många vårdplatser som måste vara öppna. En motsvarande lösning i avtalen med akutsjukhusen skulle kunna förstärka styrningen.

Bristen på sjuksköterskor förefaller vara den största förklaringen till bristen på vårdplatser och problem med överbeläggningar etc. Revisionen uppfattar att det behövs ett samlat grepp över personalsituationen såväl när det gäller sammanställd information som strategier utifrån dessa. Revisionen menar också att HSF i större utsträckning behöver beakta personalkonsekvenser då antalet vårdaktörer i länet ökar, t.ex. vid införande av nya vårdvalsområden.

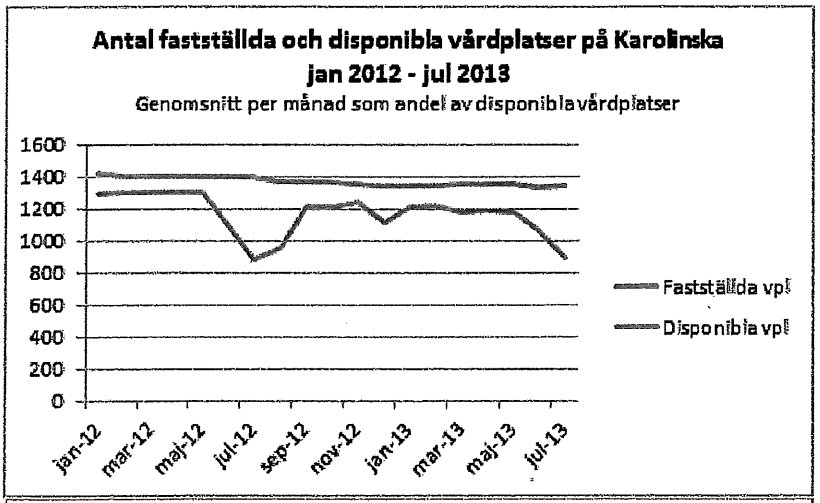
5 Karolinskas styrning av vårdplatser

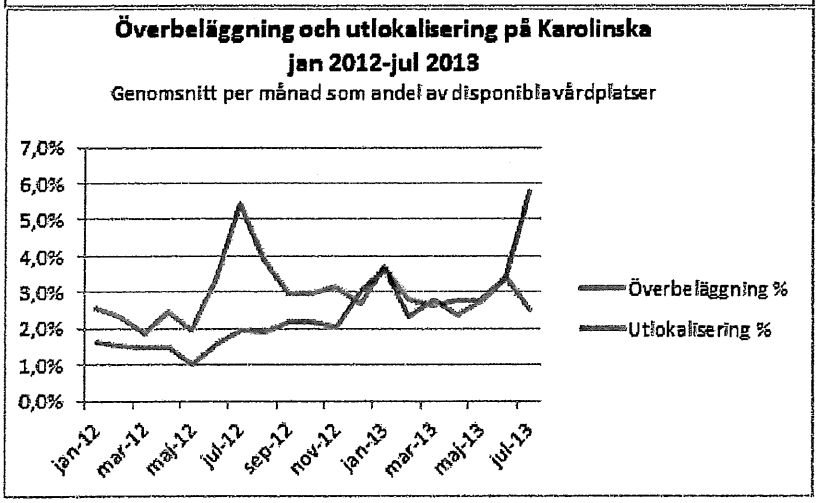
5.1 Vårdplatser på kort sikt

Utifrån det ingångna avtalet om vårdvolymer med HSN fördelar sjukhuset ut resurser till klinikerna. Som nämnts tidigare är man dock inte överens med HSN om hur man ska bedöma förändringar i DRG-tyngden. Fördelningen bygger i huvudsak på uppräkning från tidigare års nivåer. Det är även sjukhusledningen som fastställer antal vårdplatser per klinik och bestämmer antal platser som ska vara öppna på helger och under sommaren. Klinikerna kan utifrån behov begära en utökning av vårdplatser/resurser. Ett exempel på detta är lungkliniken som utifrån en utredning om situationen fått fler disponibla platser.

Sjukhuset sammanställer information om beläggning: kl. 06.00, 08.00 och 16.00 varje dag. Utifrån dessa uppgifter har rutiner byggts upp för att följa vårdplatsutvecklingen. Varje vecka görs en sammanställning som redovisas för ledningen. I början av oktober 2013 var närmare 200 av de fastställda vårdplatserna stängda. Tills nyligen gjorde sjukhuset inte någon samlad regelbunden analys av beläggningsutvecklingen utan främst specifika analyser/rapporter med fokus på den kritiska sommarperioden. Det har dock enligt uppgift gjorts viss omdisponering av vårdplatser mellan kliniker gjorts utifrån beläggnings-

uppgifterna. Överbeläggningar och utlokaliseringar finns med som nyckeltal i den samlade analysen av produktionen som produktionsstyrningsprojektet presenterar varje vecka. Dessa data finns dessutom tillgängliga i Visare (sjukhusets system för verksamhetstal) för såväl divisions- som klinikledningar att följa löpande. Nedanstående diagram visar fastställda platser jämfört med disponibla, samt beläggningstal 2012-2013. Siffrorna är månatliga genomsnitt för situationen kl. 08.00 på vardagar, för vuxensjukvård.





Patienternas väg från akuten till klinikerna är ett av de mest centrala flödena på sjukhuset. Vårdplatskoordinatorerna har mandat att placera ut patienter på klinikerna. Detta sker i första hand utifrån kliniktillhörighet och i andra hand efter vårdlogiska samband. Är beläggningen över en viss nivå så måste chefläkaren tillfrågas innan utplaceringen. Klinikerna har i det läget inte möjlighet att säga nej. Det finns inga uppgifter om platssituationen i realtid som alla kan se. Därför består en stor del av koordinatorernas arbete i att ringa runt och begära in uppgifter. Flera har lyft fram att S:t Görans sjukhus har ett system (Bedlog) som för detta ändamål ger ett enkelt funktionellt stöd.

Ett sätt som Karolinska använt för att skapa en buffert när det är svårt att placera ut patienter på kliniker, är att bygga upp akutvårdsavdelningar, i direkt anslutning till akuten. Tidigare så låg patienterna enbart något dygn på en sådan avdelning. Nu kan patienter bli liggande i flera nätter och bli färdigbehand-

lade där. Dessa avdelningars roll i vårdflödet har dock inte särskilt analyserats inom ramen för denna granskning.

Tidigare har problem med utflödet från klinikerna lyfts fram. Enligt de intervjuade har dock detta blivit bättre. Särskilt gäller detta flödet till den palliativa vården och ASIH. De intervjuade ser detta som en följd av att dessa områden numera är vårdval. Samtidigt uppfattar man på Karolinska, vilket nämnts ovan, att det varit problem under sommaren att skriva ut till geriatriken trots att det funnits tillgängliga platser där.

Avvikelser rapporteras enligt en särskild rutin. Uppföljning görs individuellt av alla avvikelser. Sammanställningar görs kvartalsvis och vid behov, t.ex. för sommaren. En rapport med inriktning på för sommaren 2013 visar att antalet avvikelser under sommaren 2013 var större än för motsvarande period 2010-2012.[21] I rapporten framgår att bristen på vårdplatser är en stor flaskhals för akutmottagningarna. Patienter som är slutbedömda på akuten och ska till vårdavdelningar blir kvar och tar i anspråk resurser som skulle använts för att ta hand om nya patienter. Slutsatsen i rapporten är att "för Karolinska är det viktigt att vårdplatser balanseras för ett jämnare och mer robust flöde i slutenvården".

5.2 Vårdplatser på längre sikt

I den tidigare nämnda revisionsrapporten (2010) lyftes den ojämna beläggningen mellan klinikerna på Karolinska fram som ett centralt problem. Ledningen på Karolinska engagerade konsultbolaget McKinsey för att lyfta fram kliniker som klarat sitt uppdrag och peka på områden med överkapacitet. Meningen var att detta skulle kunna ligga till grund för vissa omprioriteringar av resurser. Enligt uppgift har det skett i viss utsträckning inför 2013. Det ledde dock vidare till projektet "Vårdplatser i balans". Där har arbetet med att hitta en bättre beläggningsbalans mellan klinikerna inom Karolinska fortsatt. Nu har detta projekt övergått i ett produktionsstyrningsprojekt, vilket tar sin utgångspunkt i att analysera vad som påverkar produktionskapaciteten.

En viktig aspekt av den nya produktionsstyrningsmodellen som är under utveckling är att sjukhuset ska identifiera kritiska nyckeltal med bäring på kapaciteten att utföra uppdraget, vilka analyseras gemensamt av chefer/beslutsfattare på respektive nivå (första linjens chefer, verksamhets- och divisionschefsnivå). Det handlar exempelvis om medelvårdtider, beläggningstal, personaltal och utskrivningstidpunkter. Med gemensamma faktaunderlag är förhoppningen bland annat att lättare kunna styra om vårdplatsresurserna till de kliniker där de bäst behövs. Projektledaren för arbetet menar att någon liknande styrning inte funnits tidigare på Karolinska.

Analysen har hittills inkluderat information om vilka kliniker som utlokaliserar mest respektive tar emot flest utlokaliserade patienter, samt data beträffande in- och utskrivningstider. Det senare används som underlag för att identifiera möjligheter att frigöra vårdplatser genom att tidigarelägga vissa utskrivningar. I analysen konstateras också att *delvis* utlokaliserade patienter har längre medelvårdtid än de som inte blir utlokaliserade alls eller de som är *helt* utlokaliserade (under hela vårdtiden).

[21] Sammanställning av avvikelser som har orsakats av vårdplatsbrist, Karolinska 2013-09-22

5.3 Karolinskas personalplanering

En utgångspunkt för arbetet är att det finns en informell överenskommelse mellan sjukhusen inom SLL om att inte bjuda över varandra i löneavseende vid rekrytering av nyutexaminerade sjuksköterskor. Flera av de intervjuade uppfattar att Karolinska idag har svårare att rekrytera än flera andra sjukhus. Några menar att det finns ett samband med den vakansprövning som infördes till följd av Karolinskas dåliga ekonomi för några år sedan. Detta förvärrade enligt flera intervjuade arbetssituationen på klinikerna och sviterna av det lever fortfarande kvar. Ett annat problem är att exempelvis vårdvalsverksamhet, som ASIH och palliativ vård, idag konkurrerar med sjukhusen om erfarna sjuksköterskor och kan erbjuda upp till 10 000 kr/månad i högre lön.

Karolinska har sedan 1999 ett internt bemanningscentrum (BMC) genom vilket sjukhusets avdelningar vid behov kan hyra in personal internt (dvs. personerna är anställda på Karolinska). På BMC arbetar cirka 50 heltidsanställda sjuksköterskor, och ungefär lika många undersköterskor (både fast anställda och timanställda). Centret kan dock långtifrån fylla nuvarande behov av personal och sjukhuset har beslutat att BMC ska rekrytera fler sjuksköterskor. Enligt centrets chef är rekrytering inget problem, bland annat då lönerna ligger cirka 2 000-3 000 kr högre per månad än genomsnittet på sjukhuset. Utöver BMC anlitar klinikerna även bemanningsföretag. Den årliga kostnaden för *externt* inhyrd personal uppgick 2011 till 29 mnkr och 2012 till 44 mnkr. Januari-september 2013 ligger den ackumulerade kostnaden på 34 mnkr, dvs. siffrorna pekar i riktning mot en ökning, om än inte dramatisk. Det finns idag en avdelning med bara inhyrd personal. Bristen gäller i huvudsak sjuksköterskor men tidvis är det även brist på erfarna läkare. Förutom ökade kostnader skapar extern inhyrning av personal problem vad gäller kontinuitet och effektivitet i vården.

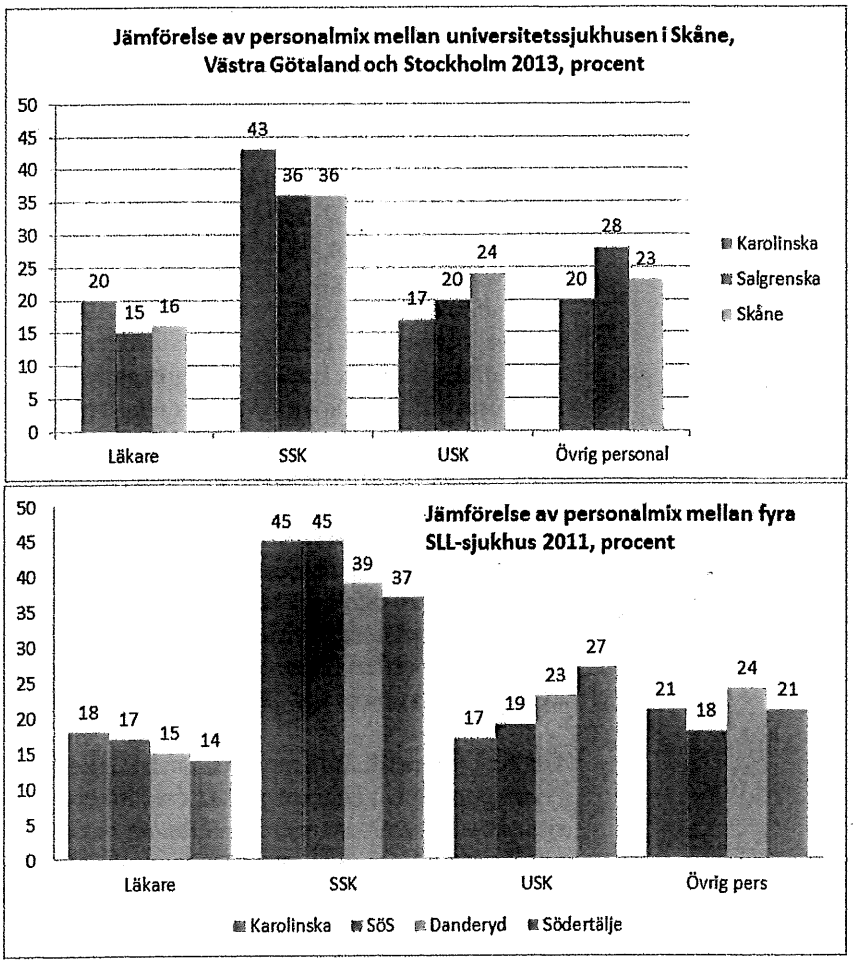
För att komma till rätta med personalsituationen pågår en rad projekt och analysarbeten. Bl.a. pågår ett projekt med att utveckla en kompetensmodell för sjuksköterskor. Ett problem i arbetet är att det är svårt att analysera löneutvecklingen då personal- och lönesystemet Heroma ger dåligt stöd. Ett annat projekt som pågår är att ge stöd till cheferna, då ledarskap identifierats som centralt för möjligheten att rekrytera och behålla personal. För att locka sjuksköterskor har Karolinska startat ett nytt tvåårigt traineeprogram. För 2013 finns 12 platser. En dubblering av programmet planeras till 2014.

Karolinska bedriver för närvarande ett omfattande analysarbete på personalområdet, som bland annat inkluderar att få bättre grepp om vakansläget samt klargöra orsakerna till hög personalrörlighet och rekryteringsutmaningar. Vad gäller vakansläget är en svårighet att det inte finns rutiner för att följa upp hur många vakanserna är. Under granskningen har siffror mellan 160 och 500 presenterats från olika håll. Det beror delvis på att sjukhuset inte har en gemensam definition av vad som avses med en vakans. Karolinska arbetar med frågan.

Varje verksamhetschef beslutar om personalsammansättningen på sin klinik. Generellt har det funnits en strävan att konvertera undersköterskejänster till sjuksköterskejänster. Sedan 2011 har dock andelen sjuksköterskor minskat med ett par procentenheter, troligen p.g.a. det stora antalet vakanser. I samband med de senaste årens besparingar inom sjukhuset har tjänster inom vårdnära service rationaliserats[22]. Sekreterare är en grupp som försvunnit. Deras administrativa uppgifter måste idag utföras av sjuksköterskor vilket tar tid från vår-

[22] Måltidsassistenter, tvätt- och städservice, medicinska sekreterare etc.

den. Det finns dock exempel på att vissa sådana tjänster är på väg tillbaka. I jämförelsen mellan universitetssjukhusen i Stockholm, Skåne och Västra Götalandsregionen som tidigare nämnts framgår att personalsammansättningen skiljer sig åt.



Karolinska har i jämförelse med övriga sjukhusen en hög andel läkare och sjuksköterskor samtidigt som andelen undersköterskor och övrig personal är lägre. Som en del i arbetet med att få vårdplatser i balans pågår idag ett omvårdnadsprojekt som försöker hitta nyckeltal för bemanning, t.ex. bemanning per vårdplats. I projektet har det framkommit att bemanningen skiljer sig åt mellan klinikerna på Karolinska, t.o.m. mellan kliniker med likande uppdrag. Men det finns idag inga bra system för att jämföra vårdtyngd mellan kliniker. Akutvårdsavdelningen har tagit fram en modell för att beräkna vårdtyngd på sin avdelning. Modellen används även av några andra kliniker för att avgöra behov av att öka bemanningen alternativt dra ner antalet disponibla vårdplatser. Andra kliniker utgår från SIR (svenskt intensivvårdsregister) som ger stöd för bedömning av intensivvårdspatienter. Det bör nämnas att vårdtyngd på en avdelning inte bara beror på patientens behov utan även på faktorer som t.ex. andel barn respektive vuxna på en avdelning.

5.4 Revisionens bedömning av Karolinskas vårdplatsstyrning

Karolinska har under lång tid haft stor skillnad mellan antal fastställda (budgeterade) och antal disponibla vårdplatser och sjukhuset har höga tal vad gäller

andelen överbeläggningar och utlokaliseringar. Trots att sjukhuset vidtagit en rad åtgärder för att förbättra vårdplatssituationen har situationen förvärrats. I jämförelse med de andra större akutsjukhusen förefaller Karolinska ha valt att ha en större andel platser som inte är disponibla för att kunna klara de ekonomiska konsekvenser det annars skulle innebära att anställa ytterligare sjuksköterskor eller betala extra för sommartjänstgöring. De övriga sjukhusen har enligt prognoserna också relativt större underskott för 2013.

Karolinska har system för att löpande följa beläggningen. Det sker dock manuellt och inte i realtid. Revisionen ser en potential att göra hanteringen effektivare oaktat att nya IT-system kan behöva införas. Sjukhuset har också svårigheter att överföra patienter till geriatrisk klinik. De initiativ som här tagits av HSF för att skapa en bättre balans mellan behov och tillgång till vårdplatser har hittills inte lett till någon större omfördelning av platser.

Revisonen bedömer att sjukhusets nyligen initierade produktionsstyrningsprojekt på sikt bör kunna bidra till en sådan omfördelning, samt till ett mer effektivt utnyttjande av befintliga platser. Arbetet behöver dock tydligt knytas samman med det personalstrategiska arbetet. Detta då det största problemet – bristen på sjuksköterskor – kvarstår. Sjukhuset har visserligen tagit olika initiativ för att förbättra personalsituationen men utifrån dagen situation kan man konstatera att insatserna borde påbörjats tidigare. Traineeprogrammet behöver dessutom bli mer omfattande för att ge påtagliga effekter.

Revisionen menar att Karolinska behöver vidta åtgärder för att som en grund för övriga åtgärder få en bättre kontroll över personalläget (vakanser, löneutveckling, arbetsförhållanden etc.). Arbetet med att utveckla nyckeltal för bemanning (bl.a. bemanning per vårdplats) bör kunna bidra till att sjukhuset får bättre kontroll vad gäller personalens arbetsmiljö respektive patientsäkerhet. Sjukhuset behöver också vidta mer kraftfulla åtgärder för att bli en attraktiv arbetsgivare, däribland åtgärder för att skapa bättre arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter. Sjukhuset behöver också se över sin personalsammansättning, inklusive användningen av befintlig personal och förstärka arbetet för att på sikt göra sig mindre beroende av externt inhyrd personal.

6 Klinikernas styrning av vårdplatser

6.1 Konsekvenser av vårdplatsbristen

Det är svårt att få en bild av de sammantagna konsekvenserna av vårdplatsbristen på sjukhuset, annat än genom enskilda exempel (anekdoter, avvikelserapporter m.m.). Vid intervjuerna på kliniknivå har följande lyfts fram som problem ur arbetsmiljösynpunkt:

- Svårigheten att hitta lediga vårdplatser gör att mycket tid går åt till samordning för att säkerställa att patienter får plats någonstans. Vissa kliniker har avsatt en sjuksköterska på heltid för att jobba med det.
- Det största problemet utgörs av utlokaliserade patienter. Enligt de intervjuade är det mycket stressande att ta hand om andras patienter vars åkommor och behandling man inte är van vid. Arbetet blir ineffektivt när rondläkarna inte dyker upp på lämplig tid och mottagande avdelning måste lägga tid på att "jaga upp" ansvarig läkare eller bakjour.
- Avdelningar som under långa perioder måste acceptera 2-3 överbeläggningar dagligen blir i princip konstant underbemannade, vilket leder till ökad stress och arbetsbelastning samt ett ökat behov av att

jobba övertid och av att hyra in personal. Situationen skapar en ond cirkel med hög personalomsättning och höga sjuktal.

För patienten kan det enligt det intervjuade leda till:

- Ökad risk för felbehandling och längre vårdtider för de patienter som helt eller delvis vårdas på annan avdelning.
- För korta vårdtider med risk för att patienter kommer tillbaka inom kort. En ny kvalitetsindikator är under utveckling på HSF för att följa upp detta. Första rapporten om återinläggningar väntas efter årsskiftet.
- Att patienter som borde läggas in inte läggs in.
- Förlängd väntan på akuten då mottagande avdelning saknar plats.
- Sämre bemötande och omvårdnad. T.ex. att patienten inte får hjälp med personlig hygien, att komma ur sängen etc. Vissa menar att patienternas omvårdnad, i dessa situationer, faller bortom det som kan anses värdigt. Dessa brister journalförs dock inte och är därför svåra att fånga. Ett annat exempel är det permissionsförbud som Karolinska infört för patienter vars behandling tar paus över natten. De får inte permission för att undvika att vårdplatsen anses disponibel under de timmar då patienten inte är på plats och därför beläggs med annan patient.

Intervjuade menar att det är svårt att fånga ovanstående kvalitetsbrister i patientenkäter. Detsamma gäller även avvikelserapporteringen. Personal skriver avvikelserapporter på alla allvarliga avvikelser relaterade till enskilda patienter, men inte för varje enskild kvalitetsbrist.

6.2 Akuta flöden tränger undan planerad behandling

Klinikerna har två patentflöden att ta hänsyn till:

- Det *elektiva* flödet (planerad behandling) där behov finns av att veta att det finns vårdplatser som kan användas för patienter som ska opereras.
- Det *akuta* flödet från akuten som i stor utsträckning styrs av vårdkoordinatorerna på akuten utifrån inläggningsbehovet.

Klinikerna måste acceptera att ta emot patienter från akuten, även om det krockar med en planerad behandling för en patient som ska in på en plats. Det är därför relativt vanligt förekommande att operationer ställs in. På klinikerna upplever man det som särskilt frustrerande när akuta utlokaliserade patienter tränger undan de "egna" patienterna som är inplanerade för operation. Så snart en plats blir ledig beläggs den med ny patient – oavsett om en ny elektiv patient är inplanerad om bara några timmar. Det skapar stora problem för kliniken att planera sin verksamhet. En inställd operation innebär effektivitetsförlust genom att man inte kan använda befintlig utrustning, operationspersonal etc.

6.3 Hur arbetar klinikerna för att hantera vårdplatsbristen?

Det är inte ovanligt att kliniker får överbeläggning (i förhållande till de egna platserna) på grund av att andra avdelningar tvingas utlokalisera patienter. Vilket även revisionen lyft i tidigare projekt[23]. Det är inte heller ovanligt med "dominoutlokalisering", dvs. att en avdelning har överbeläggning bestående av andra avdelningars patienter, och därför i sin tur tvingas utlokalisera de patienter som borde vårdats på den egna avdelningen. Vid vårdplatsbrist har klinikerna sjukhusövergripande rutiner och i vissa fall även rutiner för hantering av t.ex. utlokalisering. På onkologen har man utvecklat ett sommarkompendium

[23] 14/2011 Effektivisering av sjukhusens patientflöden

som ger stöd vid beslut om medicinska prioriteringar då vårdplatserna inte räcker till.

Det bedrivs också arbete på litet längre sikt vad gäller att förbättra rutinerna för tidig planering av patienter redan när de skrivs in och initiativ för att optimera användandet av personal mellan öppen- och slutenvårdsavdelningar m.m. I det senare fallet är det dock ibland svårt att få sjuksköterskor att öka sin tjänstgöring inom slutenvården. Klinikerna försöker också hitta nya bemanningsformer för att internt kunna lösa tillfälliga luckor. T.ex. har man på onkologiska kliniken tillsatt en resurssjuksköterska som är inskolad på alla avdelningar och kan rycka in där det behövs. Flera andra kliniker överväger att göra likadant.

Intervjuade på kliniknivå framför önskemål om att kunna freda ett visst antal platser för att kunna klara sitt elektiva åtagande. Enligt uppgift finns vissa tendenser på kliniknivå att "skydda" sina platser för att de inte ska bli belagda med andra än de egna patienterna, t.ex. genom att något fördröja utskrivningen av patienter som är färdigbehandlade. Lösningar förekommer där kliniker skyddar sina elektiva flöden, t.ex. genom att göra om en avdelning från 7-dygns till 5-dygnsavdelning.

6.4 Revisionens bedömning av vårdplatsstyrning på kliniknivå

Bristen på vårdplatser skapar problem med kvalitet, arbetsmiljö och patientsäkerhet, och bidrar till en ineffektiv vård. Intervjuade kliniker arbetar med att förbättra sina flöden. Samarbete mellan avdelningar etc. för att underlätta situationen finns men behöver förstärkas.

Sjukhuset har rutiner för att hantera vårdplatsbrister genom överbeläggningar, men framförallt hanteras det genom utlokalisering av patienter. Flera kliniker har också rutiner och stödverktyg för hur man ska agera och prioritera vid hög belastning i verksamheten. Rutinerna för framför allt utlokalisering fungerar dock inte alltid tillfredställande i praktiken.

Förutsättningarna på kliniknivå skulle kunna underlättas genom att sjukhusets ledning säkerställer en vårdplatshantering som minimerar antalet utlokaliseringar och dominoutlokaliseringar, samt minimerar störningen av de elektiva flödena. Sjukhuset behöver också säkerställa att medicinska rutiner vid utlokalisering fungerar såsom bakjour, rondering m.m.

Revisonen menar att klinikerna behöver i högre utsträckning se till helheten och gemensamt säkerställa att rutiner vid utlokalisering fungerar på ett sätt som bidrar till god patientsäkerhet och rimliga arbetsvillkor och att befintliga plaster utnyttjas på bästa sätt.

Kort om rapporten

Det finns idag för få disponibla vårdplatser i länet. Antalet platser ska öka – men om så sker kan ingen idag svara på. Den övergripande styrningen med beställningar av vårdvolymer och uppföljningen av vårdplatstillgången behöver stärkas så att det går att följa upp fullmäktiges mål. Överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är på för hög nivå. Här behöver incitament skapas för att minimera dessa. Bristen på sjuksköterskor lyfts fram som främsta orsaken till vårdplatsbristen. Ett mer samlat grepp behöver tas på övergripande nivå över personalsituationen inom akutsjukvården i landstinget när det gäller att sammanställda relevanta data och att utforma strategier utifrån dessa. Karolinskas styrning av, dialog med och mellan klinikerna behöver utvecklas ytterligare. Det gäller såväl produktionsstyrning och personalhantering som hantering av utlokaliseringar när vårdplatsbristen är ett faktum.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 B (T-bana Rådhuset)

Telefon: 08-737 25 00 **Fax:** 08-737 53 50
E-post: landstingsrevisorerna@rev.sll.se **Hemsida:** www.sll.se/rev

Org.nr: 232100-0016