



För en välfungerande vårdkedja

HUR VI TILLSAMMANS KAN MINIMERA ÖVERBELÄGGNINGAR
OCH UTLOKALISERINGAR FÖR PATIENTENS BÄSTA



Upplysningar om innehållet:
Eva Estling, eva.estling@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2016
ISBN: 978-91-7585-418-2
Foto: SKL bildbank
Produktion: Advant Produktionsbyrå
Tryck: LTAB, 2016

Förord

I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vårdnivå de är i behov av och vården erbjuds i rätt tid. Vården ges där patienten finns och behöver den, och tiden på sjukhuset begränsas till den tid som motsvarar patientens medicinska behov. De senaste åren har de flesta landsting och kommuner strävat efter att utveckla en vård som förebygger behov av akutsjukvård och slutenvård. Ändå upplevs allt oftare en kapacitetsbrist inom slutenvård, och på de flesta sjukhus tillhör det vardagen att patienter vårdas i korridorer eller på en avdelning inom en annan specialitet. Samtidigt diskuteras vilka patientsäkerhetsrisker som överbeläggningar och utlokaliseringar innebär. Det ses därför som angeläget att aktivt arbeta med dessa frågor på nationell nivå och SKL har tagit initiativ till ett arbete för att öka kunskaper kring hur överbeläggningar och utlokaliseringar kan förebyggas och hur patientsäkerhetsriskerna kan minskas.

Under arbetets gång har det blivit tydligt att det finns många goda exempel från olika delar av landet som visar att förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan förebyggas, genom ett systematiskt och strategiskt arbete som involverar alla aktörer i vårdkedjan. Det finns även flera exempel på att överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter inte behöver vara ett problem – om de inte förekommer permanent samt om de hanteras på rätt sätt.

I rapporten "Ingen på sjukhus i onödan" sammanfattas resultat från analyser tillsammans med insikter och kunskaper från personer med olika funktioner inom olika landsting och kommuner i sin helhet. I denna skrift presenteras de viktigaste resultaten från arbetet. Det är dels ett ramverk i vilket ett antal förslag har samlats. Dessutom har ett antal arbetssätt valts ut och beskrivits med syfte att kunna fungera som verktyg i arbetet med att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.

Vi hoppas att både ramverket och verktygen ska komma till nytta för dig, oavsett om du arbetar på sjukhus eller inom primärvården eller kommun! Tillsammans kan vi minimera överbeläggningar och utlokaliseringar – för patientens bästa.

Stockholm i september 2016

Hans Karlsson

Direktör, Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 7 **Kapitel 1. Ett ramverk för medarbetare, verksamhetsledning och beslutsfattare**
- 7 Vem vänder sig ramverket till?
- 8 Vilka typer av åtgärder föreslås i ramverket?

- 11 **Kapitel 2. För dig som enskild medarbetare (mikronivå)**
- 11 Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser och vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin?
- 12 Vad gör vi praktiskt varje dag?

- 15 **Kapitel 3. För dig inom verksamhetsledning (mesonivå)**
- 15 Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?
- 16 Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin?
- 17 Vad gör vi praktiskt varje dag?

- 21 **Kapitel 4. För dig som central beslutsfattare (makronivå)**
- 21 Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?
- 22 Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin?

- 25 **Kapitel 5. Verktyg och modeller för nya arbetssätt**
- 26 Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum
- 28 Modell för systematiskt arbete med "task-shifting"
- 32 Viktiga delar och framgångsfaktorer i central vårdplatskoordinering



Ett ramverk för medarbetare, verksamhetsledning och beslutsfattare

I det ramverk som visas i figuren på nästa uppslag samlas ett antal förslag på hur man kan arbeta för färre överbeläggningar och utlokaliseringar. Förslagen är formulerade som frågor och tanken är att dessa frågor ska kunna användas för att identifiera inom vilka områden det finns bra rutiner och var det finns förbättringsmöjligheter.

Vem vänder sig ramverket till?

För att lyckas med att på ett säkert sätt förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter måste alla vara delaktiga – enskilda medarbetare, verksamhetsledning och centrala beslutsfattare. Eftersom de olika rollerna har olika ansvarsområden är ramverket uppdelat i grupp av mottagare.

Likaså förutsätter en välfungerande vårdkedja engagemang inom både slutenvård, primärvård och kommun. Ramverket vänder sig därför till *alla* vårdaktörer.

Vilka typer av åtgärder föreslås i ramverket?

Åtgärder på såväl strategisk, taktisk som operativ nivå krävs för att nå målet.

Förslagen på strategisk nivå berör främst vilka prioriteringar som behöver göras för att det övergripande målet ska kunna uppfyllas: *Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?*

Förslagen på taktisk nivå handlar om vilka åtgärder som behöver vidtas för att de strategiska ställningstagandena ska kunna uppnås: *Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin?*

På den operativa nivån listas de förslag som handlar om det som bör göras kontinuerligt: *Vad gör vi praktiskt varje dag?*

På följande sidor presenteras ramverkets olika delar, uppdelat per grupp av mottagare.

TABELL 1. Ramverk med förslag på åtgärder

	MIKRO (Enskilda medarbetare)	MESO (Verksamhetsledning)	MAKRO (Centrala beslutsfattare)
Strategiskt Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?	<ul style="list-style-type: none"> Har jag en tydlig bild av hur min insats och min enhet passar in i ett välfungerande vårdflöde som möter patientens behov? 	<ul style="list-style-type: none"> Uppfattar vi den förankrade strategin som enkel och tydlig? Har vi en tydlig bild av hur vår verksamhet bidrar till en välfungerande vårdkedja som möter patientens behov? 	<ul style="list-style-type: none"> Finns det en beslutad strategi på ledningsnivå som innefattar sammanhållen vårdkedja? Förmedlar vi en tydlig inriktning av att vård och omsorg ska möta patientens behov? Har vi kritiskt omprövat ansvars- och resursfördelning mellan olika vård- och omsorgsaktörer?
Taktiskt Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin	<ul style="list-style-type: none"> Säkerställer jag ett konstruktivt förhållnings-sätt till min enhets vårdgrannar? 	<ul style="list-style-type: none"> Tillämpar vi LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagandenivå)? Har vi en ändamålsenlig planering så att effekten av förutsägbara orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar minimeras? Är vår planering avstämd med våra vårdgrannar? Har vår verksamhet en tillräcklig flexibilitet för att kunna ge en god och säker vård även vid ökat antal patienter? Har vi en ändamålsenlig bemanningsstrategi? Har vi i tillräcklig omfattning centraliserat vårdplatshandlingen? (sluten vård) 	<ul style="list-style-type: none"> Finns det en plan för hur olika aktörer bör samarbeta för att förebygga behovet av patienternas akutsjukvård/slutenvård? Främjar ekonomiska och icke-ekonomiska incitament den övergripande strategin och en god vård och gott omhändertagande av patienten? Arbetar vi långsiktigt med kompetensförsörjning inom alla vård- och omsorgsaktörer och med olika funktioner? Har vi organisatoriska strukturer mellan olika vård- och omsorgsaktörer?
Operativt Vad gör vi praktiskt varje dag?	<ul style="list-style-type: none"> Bidrar jag till en välfungerande vårdkedja genom att <ul style="list-style-type: none"> – skicka/skriva ut/ta emot patienter i rätt tid? – följa rutiner för informationsöverföring – underlätta samlad hantering av vårdplatssituationen genom transparent rapportering av vårdplatsläget? (sluten vård) Använder jag lokala riktlinjer, rutiner och verktyg? 	<ul style="list-style-type: none"> Har vi lokala riktlinjer som stödjer <ul style="list-style-type: none"> – ett välfungerande vårdflöde? – säker och god hantering av överbelagda och utlokaliserade patienter? (sluten vård) Säkerställer vi att riktlinjer, rutiner och verktyg sprids och tillämpas i organisationen? 	
	<p>Främjar och bidrar vi till en kultur där aktörer, verksamhet och medarbetare har en tydlig bild av sin del i en välfungerande vårdkedja med patienten i fokus? Efterfrågar och följer vi upp resultatet och agerar på dessa?</p>		



ZAMZAM ALI
NURSE

KONTROL

För dig som enskild medarbetare (mikronivå)

Detta avsnitt vänder sig till dig som medarbetare, oavsett yrkesprofession, inom alla vårdaktörer – slutenvård, primärvård eller kommun. För dig som medarbetare handlar det om att ha en uppfattning om den övergripande strategin och av planen för förverkligande av strategin, samt vad detta innebär för din egen insats. Du bidrar till uppfyllelse av den övergripande strategin genom de operativa åtgärderna, d.v.s. det som görs praktiskt varje dag.

Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser och vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin?

På ledningsnivå tas strategiska beslut kring hur vårdkedjan ska utformas så att den blir sammanhållen och så att patientens behov möts på bästa sätt. För dig som medarbetare handlar det om att skapa sig en bild av hur den egna insatsen och enheten passar in i denna vårdkedja.

För att den beslutade strategin ska kunna förverkligas krävs sedan att varje medarbetare har ett konstruktivt förhållningssätt till medarbetarna inom enhetens vårdgrannar. En vårdgranne kan vara en enhet inom den egna organisationen, t.ex. en annan vårdavdelning, men det kan också vara en enhet inom en annan vård- och omsorgsaktör.

”Mycket handlar om att ha tillit till varandra över huvudmannagränserna och utgå ifrån att alla gör sitt bästa.”

Sjuksköterska i ett landsting med få överbeläggningar och utlokaliseringar

Vad gör vi praktiskt varje dag?

Din uppgift som medarbetare – på sjukhus eller inom primärvård eller kommun – är att tillhandahålla en god vård och omsorg till dina patienter. Genom att följa lokala rutiner och riktlinjer bidrar varje medarbetare till en god vård och ett väl fungerande vårdflöde. Detta gäller såväl att ta emot och skriva ut patienter i rätt tid som att följa rutiner för informationsöverföring och rapportering av vårdplatsläge. Du som medarbetare inom primärvård och kommun kan genom aktiv uppföljning av medicinska och sociala åtgärder minska risken för återinskrivning på sjukhus.



VILKA FRÅGOR BÖR JAG SOM MEDARBETARE STÄLLA MIG?

- › Har jag en tydlig bild av hur min insats och min enhet passar in i ett välfungerande vårdflöde som möter patientens behov?
- › Har jag ett konstruktivt förhållningssätt till min enhets vårdgrannar?
- › Bidrar jag till en välfungerande vårdkedja och använder jag beslutade rutiner, riktlinjer och verktyg?

Ytterligare frågor som jag som medarbetare på sjukhus bör ställa mig:

- › Har jag som vana att skicka/skriva ut/ta emot patienter i rätt tid?
- › Följer jag rutinerna för informationsöverföring till andra vård- och omsorgsgivare?
- › Underlättar jag en samlad hantering av vårdplatssituationen genom en transparent rapportering av vårdplatsläget?

Ytterligare frågor som jag som medarbetare inom primärvård och kommun bör ställa mig:

- › Verkar jag för ett omhändertagande som möjliggör vård utanför sjukhuset?
- › Har jag som vana att identifiera risk för akutsjukvård?
- › Följer jag rutiner för informationsöverföring till andra vård- och omsorgsgivare?
- › Stöttar jag utskrivning i rätt tid av patienter som inte är i behov av sjukhusets resurser?
- › Följer jag aktivt upp åtgärder och minskar på så sätt risken för återinskrivning?



För dig inom verksamhetsledning (mesonivå)

Detta avsnitt vänder sig till dig som arbetar i verksamhetsledningen, exempelvis ledningen för ett sjukhus eller för en vårdverksamhet inom primärvård eller kommun. Det kan även vara ledningen för en avdelning, klinik eller enhet. Din roll som verksamhetsledningen är att se över hur den egna verksamheten kan bidra till den övergripande strategin och att fokusera på att vidta taktiska och operativa åtgärder som stödjer denna strategi.

Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?

För en välfungerande vårdkedja behöver verksamhetsledning för samtliga involverade aktörer ha en gemensam målbild. Tillfällen då representanter från huvudmännen kan träffas kan ge positiva effekter, dels genom att goda relationer etableras, dels genom att det för alla blir tydligt hur ens egen verksamhet bidrar positivt till vårdflödet. En struktur för gemensamma och regelbundna mötesforum kan därför vara ett viktigt verktyg.

”Behovet av vårdplatser på sjukhuset har minskat genom att insatserna riktas till de som behöver dem och får hjälp av dem.”

Verksamhetschef i landsting som arbetar systematiskt med förebyggande insatser

Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin?

Det finns ett antal förslag på taktiska åtgärder som stödjer en väl fungerande vårdkedja som du i din roll som verksamhetsledning kan använda dig av:

- › **Tillämpning av LEON-principen** (lägsta effektiva omhändertagandeenivå) handlar om verka för att patienter ska vårdas på rätt vårdnivå. Exempel på arbetssätt som stödjer denna princip är:
 - Metoder som förebygger undvikbar akutsjukvård, t.ex. bedömningsstöd till sjuksköterskor i kommunen och identifiering av riskpatienter och riktade åtgärder till dessa.
 - Organisering och bemanning av akutmottagningarna på ett sätt som ökar möjligheterna för patienter som söker akutsjukvård att direkt hamna på optimal vårdnivå och inom rätt specialitet.
 - Rutiner som stöder utskrivning från sjukhus i rätt tid.
- › **Produktionsplanering** innebär att strukturerat bedöma och analysera det samlade vårdbehovet under en viss period. Genom en väl fungerande planering kan effekten av förutsägbara orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar minskas.
- › En inbyggd **flexibilitet** i verksamheten ökar möjligheterna för en god och säker vård även vid ett ökat antal patienter. En ökad flexibilitet kan exempelvis nås genom att ha ett antal anpassningsbara vårdplatser som kan fungera som ”dragspel”, att ha vårdavdelningar med tomma fysiska platser som kan bemannas under perioder då ett större behov av vårdplatser uppstår, eller att omfördela mellan olika typer av vårdplatser inom kommunal vård.

- › En **ändamålsenlig bemanningsstrategi** innebär att ha en arbetsfördelning och organisering som ger en klok användning av tillgängliga resurser och som gör att det aktuella behovet av vård kan mötas. Ett exempel på utvecklade arbetssätt kring arbetsfördelning är modeller för ”task-shifting”, som handlar om att förflytta arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier i syfte att nå ett bättre nyttjande av personalresurserna.
- › Målsättningen är en slutenvård som är dimensionerad efter det behov som finns samt anpassas efter behoven. En **centraliserad planering och hantering av vårdplatser** kan resultera i bättre förutsättningar för att både minska och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar.

”Förutom att det förändrade arbetssättet har frigjort tid för belastade yrkeskategorier, har arbetet visat på resultat i form av färre avvikelser. Många medarbetare upplever även att man i högre utsträckning har arbetsuppgifter som ligger inom ens egen yrkesroll”

Projektledare i en verksamhet med strukturerat arbete med task-shifting

Vad gör vi praktiskt varje dag?

Lokala riktlinjer och rutiner som stödjer ett välfungerande vårdflöde i det dagliga arbetet behöver både tas fram och kontinuerligt följas upp. I din roll som verksamhetsledning ligger ansvaret för att detta genomförs. Exempel på rutiner är införande av standardiserade bedömningsstöd för sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård, eller rutiner för säkra utskrivningar från sjukhus och för mottagande av patienter i primärvården och kommunal vård och omsorg.

”Vår modell för planering och hantering av vårdplatser har gjort att vi nu pratar om vår patient istället för min patient.”

Vårdplatskoordinator på sjukhus som minskat antalet överbeläggningar och utlokaliseringar

Verktyg att använda för mig som verksamhetsledning

- › **Verktyg I: Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum**
Sammanställning av framgångsfaktorer vid etablering av mötesforum för representanter från alla vårdaktörer. Se sidan 26.
- › **Verktyg II: Modell för systematiskt arbete med task-shifting**
Beskrivning av hur en klinik eller avdelning kan börja arbeta med task-shifting, d.v.s. förflyttning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Se sidan 28.
- › **Verktyg III: Viktiga delar och framgångsfaktorer i central vårdplatskoordination**
Modell för kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser. Riktat sig till verksamhetsledning inom slutenvård. Se sidan 32.



VILKA FRÅGOR BÖR JAG SOM VERKSAMHETSLEDNING STÄLLA MIG OM DEN VERKSAMHET JAG LEDER?

- › Uppfattar vi den strategi som förankrats på ledningsnivå som enkel och tydlig?
- › Har vi en tydlig bild av hur vår verksamhet bidrar till en välfungerande vårdkedja som möter patientens behov?
- › Tillämpar vi LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagandenivå)?
- › Har vi en ändamålsenlig planering så att effekten av förutsägbara orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar minimeras? Är vår planering avstämd med våra vårdgrannar?
- › Har vår verksamhet en tillräcklig flexibilitet för att kunna ge en god och säker vård även vid ökat antal patienter?
- › Har vi en ändamålsenlig bemanningsstrategi?
- › Har vi lokala rutiner/riktlinjer som stödjer ett välfungerande vårdflöde?
- › Säkerställer vi att rutiner, riktlinjer och verktyg sprids och tillämpas i organisationen?

Ytterligare frågor som jag som verksamhetsledning på sjukhus bör ställa mig:

- › Har vi i tillräcklig omfattning centraliserat vårdplatshanteringen?
- › Har vi lokala rutiner/riktlinjer som stödjer säker och god hantering av överbelagda och utlokaliserade patienter?



För dig som central beslutsfattare (makronivå)

Detta avsnitt vänder sig till dig som central beslutsfattare, exempelvis politiker och tjänstemän inom landsting eller kommun. Du som beslutsfattare tar övergripande strategiska beslut som bland annat rör ansvars- och resursfördelning mellan olika huvudmän och olika vårdgivare. I beslutsfattarens ansvar ingår även att se till att det finns förutsättningar för genomförandet av strategiska beslut.

Hur prioriterar vi övergripande fokus och resurser?

Människor ska få tillgång till den vårdnivå de har behov av i rätt tid och på rätt ställe, och utgångspunkten är att de allra flesta mår bäst och blir tryggast av att inte behöva vårdas på sjukhus. För att få en sammanhållen vårdkedja där akutsjukvård förebyggs och undviks i den mån det går, behövs en strategi på högsta beslutsnivå som gör tydliga prioriteringar i ansvars- och resursfördelning. Det behöver även skapas en kultur av att det är tydligt att alla huvudmän har ett gemensamt ansvar för att hitta en lösning, trots att det är på sjukhus som överbeläggningar och utlokaliseringar uppstår.

”Överbeläggningar och utlokaliseringar är en sekundär fråga. Den primära frågan är hur och var patienten ska vårdas.”

Beslutsfattare i landsting med en minskning av antalet överbeläggningar och utlokaliseringar

En gemensam strategi och ett gemensamt förhållningssätt till vårdplatssituationen hos högsta ledningen sätter dessutom sin prägel på organisationerna och påverkar hur medarbetarna ser på varandra över huvudmannagränserna.

”Alla parter vet att om vi inte hjälps åt kommer det att bli dyrare”

Beslutsfattare i landsting med få överbeläggningar

”Det är viktigt att vi pratar väl om varandra (över huvudmannagränserna). Vår syn på varandra genomsyrar våra organisationer.”

Beslutsfattare i landsting med få överbeläggningar

Vad är vår plan för att förverkliga den beslutade strategin?

Åtgärderna på taktisk nivå handlar om tillämpning av strategin. Bland dessa åtgärder ingår att ha en plan för hur de olika aktörerna ska samarbeta och att skapa incitament som främjar en god vård och ett gott omhändertagande av patienten. Dessutom behövs organisatoriska strukturer som stödjer samarbete mellan olika aktörer. Gemensamma och regelbundna mötesforum kan vara ett viktigt verktyg för att hitta arbetssätt som stödjer och levandegör den gemensamma strategin.

Verktyg att använda för mig som beslutsfattare

- › **Verktyg I: Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum**
Sammanställning av framgångsfaktorer vid etablering av mötesforum för representanter från alla vårdaktörer. Se sidan 26.

**VILKA FRÅGOR BÖR JAG SOM BESLUTSFATTARE STÄLLA MIG OM DET
LANDSTING/KOMMUN JAG VERKAR INOM?**

- › Finns det en beslutad strategi på ledningsnivå som innefattar sammanhållen vårdkedja?
- › Förmedlar vi en tydlig inriktning av att vård och omsorg ska möta patientens behov?
- › Har vi kritiskt omprövat ansvars- och resursfördelning mellan olika vård- och omsorgsaktörer?
- › Finns det en plan för hur olika aktörer bör samarbeta för att förebygga behovet av patienters akutsjukvård/sluten vård?
- › Främjar ekonomiska och icke-ekonomiska incitament den övergripande strategin, och en god vård och ett gott omhändertagande av patienten?
- › Arbetar vi långsiktigt med kompetensförsörjning inom alla vård- och omsorgsaktörer respektive med olika funktioner?
- › Har vi organisatoriska strukturer som främjar samarbete mellan olika vård- och omsorgsaktörer?



Student

Sal
point

Stu
design

Peter

SWOSTING

Verktyg och modeller för nya arbetssätt

I detta avsnitt beskrivs ett antal arbetssätt som på olika sätt stödjer en välfungerande vårdkedja. Beskrivningarna av arbetssätt syftar till att konkretisera förslagen i ramverket (se kapitel 1) och målet är att de ska kunna fungera som verktyg i det lokala arbetet.

- › **Verktyg I** är en sammanställning och beskrivning av framgångsfaktorer vid etablering av gemensamma mötesforum för representanter från olika vårdaktörer. I dessa mötesforum kan bl.a. kvalitetsutfall diskuteras, framtida insatser planeras och goda relationer etableras. Verktyget vänder sig till verksamhetsledning och centrala beslutsfattare inom alla vårdaktörer.
- › I **Verktyg II** beskrivs hur en klinik eller avdelning kan börja arbeta med task-shifting, d.v.s. förflyttning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Task-shifting syftar till att ge ett bättre nyttjande av tillgängliga resurser och kompetenser. Verktyget riktar sig till verksamhetsledning inom alla vårdaktörer.
- › **Verktyg III** vänder sig till verksamhetsledning på sjukhus. Verktyget är en modell för kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser för att ge bättre förutsättningar för att minska och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar.

VERKTYG I

Struktur för upprättande av gemensamma mötesforum

Sammanställning av framgångsfaktorer vid etablering av mötesforum för representanter från alla vårdaktörer.

För att skapa en gynnsam vårdkedja är det av största vikt att en gemensam målbild finns hos samtliga involverade aktörer. För att lyckas med detta krävs en organisatorisk struktur och tydliga incitament för samarbete mellan de berörda verksamheterna. På nästa sida beskrivs framgångsfaktorer för att skapa gemensamma mötesforum där centrala beslutsfattare och verksamhetsledning kan träffas och diskutera utfall i kvalitetsmått, planera framtida insatser och etablera goda relationer till varandra.



TABELL 2. Sammanställning och beskrivning av framgångsfaktorer vid etablering av gemensamma mötesforum

Framgångsfaktorer	Centrala beslutsfattare (makronivå)	Verksamhetsledning (mesonivå)
Grupper med bred representation med tydligt uppdrag och mandat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemensam styrgrupp med representation från samtliga involverade verksamheter, oavsett huvudman. ▪ Representanter har ett tydligt mandat för beslut som rör deras verksamheter. Besluten kan röra införande av nya arbetssätt, gemensamma utvecklingsarbeten etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbetsgrupper, bestående av t.ex. verksamhetschefer, klinikchefer eller interna utvecklingsledare. Representation från samtliga involverade verksamheter, oavsett huvudman. ▪ Arbetsgrupperna ansvarar för att tillämpa styrgruppens beslut inom respektive verksamhet, och återrapporterar till styrgruppen.
Gemensamt projekt- och processtöd för att öka möjligheter till kontinuitet och långsiktighet i arbetet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stöd till styrgruppen med bl.a. materialframtagning, mötesledning och samordning av statistik och uppföljning ▪ Stöd organiseras och finansieras med fördel med gemensamma resurser från samtliga huvudmän, men kan även utgöras av någon av de involverade verksamheterna (som då ersätts för sin insats). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stöd till arbetsgrupperna med bl.a. materialframtagning, mötesledning och samordning av statistik och uppföljning. Stöd även till arbetsgruppernas arbete ute i verksamheterna, t.ex. genom utbildning av lokala projektledare.
Gemensam nulägesbild samt data och kvalitetsmått, kopplat till en dialog om förbättringsåtgärder	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemensam nulägesbild fås genom att analysera vårdflöden och hur de olika vårdaktörernas prioriteringar och insatser påverkar flödet. ▪ Utvalda kvalitetsmått för vårdflöden, t.ex. inflöde till sjukhus och vårdtider för utskrivningsklara patienter, kan användas till analys och till uppföljning. ▪ Analys och uppföljning följs av en gemensam diskussion kring utfall och förbättringsåtgärder. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbetsgrupperna ansvarar för att återkoppla resultat från analys och uppföljning av kvalitetsmått till verksamheterna. ▪ Resultat kan vara underlag för lokala kvalitetsdiskussioner, med tydlig koppling till pågående utvecklingsarbete.

VERKTYG II

Modell för systematiskt arbete med ”task-shifting”

Beskrivning av hur en klinik eller avdelning kan påbörja arbetet med task-shifting.

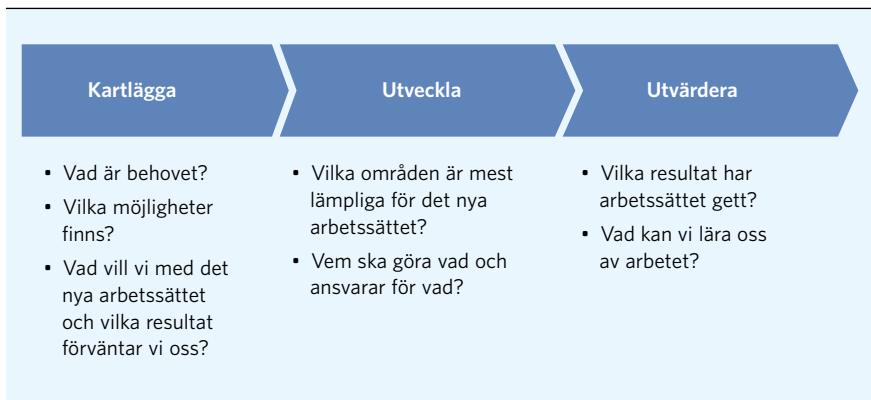
Task-shifting, eller uppgiftsförflyttning, innebär en förflyttning av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier i syfte att nå ett bättre nyttjande av befintliga personalresurser och kompetenser.

Nedan följer en beskrivning av hur arbetet med task-shifting kan påbörjas inom en vårdverksamhet. Implementeringsprocessen har delats in i tre steg.

Implementeringsprocessen

1. Det första steget går ut på att identifiera och kartlägga behov och möjligheter. *Vilka yrkesgrupper behöver vi frigöra tid från? Vilka arbetsuppgifter skulle kunna utföras av någon annan yrkesgrupp?* I detta steg ingår även att formulera syfte och mål samt formulera förslag på kvalitetsmått som kan användas för att följa upp resultatet.
2. Utifrån kartläggningen tas i det andra steget fram förslag på områden som är mest lämpliga för task-shifting. Efter att detta förslag har förankrats hos berörda yrkesgrupper tas ramar för arbetet med task-shifting fram, genom att formulera roller och ansvar.
3. I det tredje steget ska arbetet med task-shifting följas upp och utvärderas, bl.a. utifrån de kvalitetsmått som definierades i steg 1.

FIGUR 1. Översikt över de tre stegen av implementering av task-shifting





Vad är behovet?

Utgångspunkten för arbete med task-shifting är att det ur ett tillgänglighetsperspektiv finns ett behov av ändrade arbetsätt. Fråga er följande:

- › Finns i vår verksamhet några flaskhalsar som motverkar ett välfungerande vårdflöde och som kan kopplas till brist på vissa yrkeskategorier?
- › Finns i vår verksamhet områden där brist på vissa yrkeskategorier resulterar i ett lägre antal disponibla vårdplatser?

Vilka möjligheter finns?

Förtydliga vilka uppgifter som måste utföras av respektive yrkesgrupp och överväg sedan task-shifting för de uppgifter som kan utföras av någon annan yrkesgrupp.

TABELL 3. Områden att överväga för task-shifting

Receptarie som avlastar...	sjuusköterskor, genom att...	sköta läkemedelsförråd- och beställning, iordningsställa läkemedel till patient.
Apotekare som avlastar...	läkare, genom att...	genomföra enkla läkemedelsgenomgångar.
Sjuusköterska som avlastar...	läkare, genom att...	hålla i vissa uppföljningsbesök på mottagningar, skriva vissa remisser, förskriva vissa förbrukningsartiklar.
Undersköterska som avlastar...	sjuusköterskor, genom att...	sköta delar av samordnad vårdplanering.
Medicinsk sekreterare som avlastar...	läkare och sjuusköterskor, genom att...	i högre grad ta över ansvar för administrativa uppgifter och dokumentation av rondarbete.
Fysioterapeut/arbetsterapeut som avlastar...	läkare, genom att...	hålla i uppföljningsbesök av viss ryggkirurgi, skriva delar av sjukintyg.
Biomedicinsk analytiker som avlastar...	läkare, genom att...	bedöma och besvara vissa analyser.

Vad vill vi med det nya arbetssättet och vilka resultat förväntar vi oss?

Formulera målen med det nya arbetssättet, vilka resultat som förväntas, samt vilka kvalitetsindikatorer som kan användas för att följa upp och utvärdera resultat. Flera indikatorer kan med fördel användas för att få en bild av resultatet i fler dimensioner.

Gör sedan en uppskattning av nuläget med hjälp av de indikatorer som har definierats och beskrivits.

TABELL 4. Förslag på formulering av målsättning, förväntat resultat och kvalitetsmått

Vad är målen?	Vilka resultat förväntar vi oss?	Hur kan detta mätas?
<i>Minska effekter i vårdproduktionen av brist på vissa yrkesgrupper.</i>	Ökad effektivitet genom ökade möjlighet till att vårda fler patienter och korta vårdtider.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antal vårdade patienter. ▪ Längd på vårdtid. ▪ Längd på mottagningsbesök.
<i>Högre kvalitet på vård och omsorg.</i>	<p>Minskat behov av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter.</p> <p>Ökad patientsäkerhet.</p> <p>Ökad vård- och omsorgskvalitet.</p> <p>Ökad patientnöjdhet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antal överbeläggningar och utlokaliseringar. ▪ Antal rapporterade avvikelser. ▪ Specifika kvalitetsmått för respektive verksamhet. ▪ Patientenkät.
<i>Förbättrad arbetsmiljö för personalen.</i>	<p>Mindre upplevd stressad arbetssituation.</p> <p>Kompetensutveckling för vårdpersonal samt i högre grad renodlade arbetsuppgifter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medarbetarundersökningar. ▪ Bedömning av kvalitet av utförda arbetsuppgifter.



Vilka områden är mest lämpliga för task-shifting?

- › Utifrån identifierade behov och möjligheter, tag fram förslag på lämpliga områden för task-shifting
- › Förankra förslaget hos alla berörda yrkesgrupper

Vem ska göra vad och vem ansvarar för vad?

- › Förtydliga roller och arbetsuppgifter för alla berörda yrkesgrupper, både de som fanns tidigare och de nya, samt vilket ansvar som ingår i varje roll
- › Definiera vilka arbetsuppgifter och områden som ingår i modellen, t.ex. *Vilka analyser ansvarar biomedicinsk analytiker för att bedöma? Vad är de olika tillvägagångssätten vid olika utfall av analyserna/bedömningarna?*
- › Skapa tydliga riktlinjer och rutiner för de områden som berörs av ett ändrat arbetssätt



Vilka resultat har arbetet med task-shifting gett?

Följ upp och utvärdera resultaten av det nya arbetssättet med hjälp av de kvalitetsmått som formulerades i steg 1.

Vad kan vi lära oss av arbetet med task-shifting?

Sammanfatta erfarenheterna från medarbetare som provat att arbeta enligt de nya arbetssätten. Låt arbetsgruppen träffas för att diskutera utmaningar och möjligheter framöver:

- › Vad har fungerat väl?
- › Vad har fungerat mindre väl, och varför?

VERKTYG III

Viktiga delar och framgångsfaktorer i central vårdplatskoordinering

Modell för kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser. Modellen riktar sig till verksamhetsledning inom slutenvård.

Målsättningen är att vården, enligt principerna för produktions- och kapacitetsplanering, ska vara dimensionerad efter det behov som finns och man har ett system som anpassar sig efter aktuellt behov. Fram tills detta fungerar krävs en central och aktiv koordinering av vårdplatser inom slutenvården.

En aktiv vårdplatskoordinering kan ge ökade möjligheter att hantera fluktuationer i patientflödet och eventuella patientrisker vid överbeläggningar eller utlokaliseringar. För att lyckas med detta föreslås att fem nyckelkomponenter finns på plats.

Nyckelkomponenter

- › Central grupp för vårdplatsplanering
- › Transparent, enhetlig och kontinuerlig rapportering av vårdplatsläget
- › Aktiva vårdplatskoordinatorer med tydligt mandat
- › Strukturerad återkoppling och uppföljning av data
- › Säker och god hantering av överbeläggningar och utlokaliseringar

På följande sidor beskrivs viktiga delar och identifierade framgångsfaktorer för respektive nyckelkomponent. Genomgående gäller att det på varje nivå och för varje uppgift ska vara klart och tydligt definierat vem som är ytterst ansvarig för vad och som kan fatta de beslut som krävs.

TABELL 5. Nyckelkomponenter, viktiga delar och framgångsfaktorer för central vårdplatshantering

Central grupp för vårdplatsplanering	<p>Viktiga delar</p> <p>Tillsatt grupp som ansvarar för planering och koordinering av vårdplatserna. Gruppen bör vara på ledningsnivå där centrala och relevanta personer/funktioner ingår.</p> <p>Gruppen ses regelbundet i fysiska möten.</p> <p>Framgångsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagemang och ägarskap för vårdplatsfrågan på högsta ledningsnivå.
Transparent, enhetlig och kontinuerlig rapportering av vårdplatsläget	<p>Viktiga delar</p> <p>Daglig systematisk rapportering av vårdplatsläget</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Vid dagligt gemensamt möte med alla vårdenhetschefer b) Till vårdplatskoordinatorer som fysiskt besöker avdelningarna <p>Samordnande funktion på varje vårdavdelning 24/7 med överblick över avdelningens vårdplatsläge och som ansvarar för kontakter med vårdplatskoordinatorer.</p> <p>Bedömning av vårdplatsläge utifrån såväl antal patienter som deras vårdbehov, balanserat mot tillgängliga resurser och kompetens. T.ex. en utskrivningsklar patient bedöms ha lägre vårdbehov och därför ha andra krav på vårdplatsen.</p> <p>Framgångsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansvariga för koordineringen har en god överblick över vårdplatsläge. ▪ Det finns gemensamma definitioner för den data som inrapporteras och återkopplas. ▪ Rapportering är transparent och enhetlig. ▪ Bedömning av vårdplatsläge är flexibel och kvalitetsbaserad, så att möjligheter till ett mer effektivt nyttjande av vårdplatser ges. ▪ Det finns en etablerad känsla av gemensamt ansvar för situationen bland verksamhetschefer och medarbetare.
Aktiva vårdplatskoordinatorer med tydligt mandat	<p>Viktiga delar</p> <p>Samordning och planering av patienternas placering av en person/funktion som befinner sig fysiskt i verksamheten.</p> <p>Tydlig målsättning om att rätt patient ska hamna på rätt plats från början, vilket ger kortare vårdtider.</p> <p>Framgångsfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinator har: <ul style="list-style-type: none"> ▪ tydligt mandat från central nivå samtidigt som de känner verksamheterna och deras förutsättningar. ▪ goda kontakter med kommunal vård och omsorg och övrig öppenvård och kan fungera som "brygga" mellan verksamheterna.

Strukturerad återkoppling och uppföljning av data

Viktiga delar

Transparent och kontinuerlig återkoppling till verksamheter av hur vårdplatserna nyttjas.

Uppföljning av data. Data används som underlag vid framtida produktions- och kapacitetsplanering, både för högsta verksamhetsledningen och för klinisknära verksamhetsledning.

Framgångsfaktorer

- Det finns gemensamma definitioner för den data som inrapporteras och återkopplas.
- Det finns tydliga mål och styrning.

Säker och god hantering av överbeläggningar och utlokaliseringar

Viktiga delar

Prioritering av vilka patienter som är lämpliga att utlokaliseras:

- a) Vissa patienter utlokaliseras till vissa avdelningar (t.ex. klustring av avdelningar på klinisknivå).
- b) Olika kategorier av patienter (t.ex. utskrivningsklara) utlokaliseras i förbestämd prioriteringsordning.

Fastställda rutiner vid utlokaliseringar av patienter. Exempel på rutiner:

- Fasta rutiner för rondning, t.ex. alltid runda utlokaliserade patienter först och ha en tid när samtliga utlokaliserade patienter ska ha rondats.
- Kontaktpersoner på varje avdelning som kan svara på frågor från personal på de vårdavdelningar som tar emot utlokaliserade patienter.

Tydlig definition av risk-situationer med koppling till konkret åtgärd.

Risikanalys och uppföljning av avvikelser.

Framgångsfaktorer

- Det finns tydliga sjukhusgemensamma rutiner och riktlinjer med tydliga prioriteringar.
- Analys av avvikelser är en naturlig del i det ordinarie arbetet.
- Det är fokus på att bemöta behov hos mottagande vårdavdelning.



För en välfungerande vårdkedja

Hur vi tillsammans kan minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa

I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vårdnivå de har behov av och de erbjuds vård i rätt tid. Vården ges där patienten finns och behöver den, och tiden på sjukhuset begränsas till den tid som motsvarar patientens medicinska behov.

De senaste åren har antalet vårdplatser inom slutenvård minskat samtidigt som de flesta landsting och kommuner strävat efter att utveckla en vård som förebygger behov av akutsjukvård och slutenvård. Ändå upplevs allt oftare en kapacitetsbrist inom slutenvård, och på de flesta sjukhus tillhör det vardagen att patienter vårdas i korridorer eller på en avdelning inom en annan specialitet.

I denna skrift finner du ett ramverk med förslag på åtgärder och verktyg som syftar till att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Ramverket och verktygen riktar sig både till enskilda medarbetare, verksamhetsledning och centrala beslutsfattare, oavsett om arbetsplatsen är sjukhus, primärvård eller kommun.

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

ISBN 978-91-7585-418-2



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skl.se