

Reviderat förslag närsjukvårdsområde söder

Områdets arbete med kostnadsreduceringar har i första hand inriktats på att uppnå en mer optimal avdelningsstorlek och sammansättning. Den bakomliggande principen bygger på att mindre enheter ersätts med större enheter, vilka är mer kostnadseffektiva. En fastlagd och effektiv avdelningsstruktur kan därefter utgöra en långsiktig och stabil grund för utveckling av närsjukvårdsuppdraget. Det finns dock ett antal lokal- och fastighetsmässiga begränsningar för hur snabbt vissa strukturella förändringar kan genomföras. Området har därför delat upp förslagen i åtgärder som kan genomföras på kort respektive längre sikt.

Det finns i det här sammanhanget även anledning att kort beröra de mer generella förutsättningarna för kostnadsreduceringar inom närsjukvårdsområde söder. Den temporära stängningen av avdelning 26 A (akutgeriatrik) har satt en press på verksamheterna när det gäller överbeläggningar. Förändringen har inte minst aktualiserat en övergripande fråga om handläggningen av geriatriska patienter. En mer omfattande vårdplatsreduktion har därmed avförts som ett realistiskt alternativ.

Mot den här bakgrunden föreslås följande strukturförändring när det gäller avdelningar och vårdplatser:

- Avdelning 25B och 26B bildar en gemensam avdelning på nuvarande avdelning 14 med totalt 35 vårdplatser. Avdelning 26 A avvecklas permanent.
- Kardiologiavdelningen får totalt 30 vårdplatser samt sju kardiologiska dagvårdsplatser på det nuvarande ”Torget”.
- Avdelning 2 och 24 fortsätter som separata avdelningar med totalt 32 vårdplatser. Det finns uppenbara fördelar ut ett verksamhetsperspektiv med en sammanslagning av de båda avdelningarna. Men en sammanslagning låter sig inte genomföras i dagsläget på grund av lokalmässiga hinder. Ett analysarbete och förstudie föreslås för att utreda hur sådana lokalmässiga förutsättningarna kan tillskapas.

Kostnadsreduceringarna och den verksamhetsmässiga påverkan av förslagen utgår från disponibla vårdplatser. Vårdplatsneddragningen summerar mot den här bakgrunden till två disponibla vårdplatser (från 99 till 97 vårdplatser). Det bör noteras att förslaget till

beslut rör fastställda vårdplatser, vilket får betraktas som en administrativ åtgärd för att antalet fastställda och disponibla vårdplatser ska vara desamma.

Lokalförändringar

För GNR:s del innebär sammanslagningen och flytten till avdelning 14 att tidigare identifierade samordningsvinster kan realiseras i och med att verksamheten lokaliseras på ett våningsplan. Ett bättre flöde kan uppnås mellan exempelvis strokevård och rehabilitering. Rent allmänt underlättas verksamheten och flödet mellan öppen- och slutenvård.

Verksamheten för kardiologi avser att inrätta en dagverksamhet på torget som bygger på att en kardiolog och två sjuksköterskor bemannar verksamheten. Bemanningen bygger på rotation från vårdavdelning/slutenvård. Ett något högre bemanningstal medger en sådan lösning. En kardiologisk dagverksamhet på torget kan medge effektivare arbetssätt i flera avseenden. Inte minst kan patienter vårdas polikliniskt i större utsträckning, istället för att skrivas in på vårdavdelning. Här finns flera behandlingsinsatser som idag ges på avdelning som kan styras om till dagverksamhet.

Medicinverksamheten behöver utreda en strukturell sammanslagning ytterligare. Delar av verksamheten – främst hematologin – har högt ställda krav på fullgod ventilation för patienter med nedsatt immunförsvar. Det kan konstateras att en ombyggnation av de lokaler som området idag förfogar över kommer att bli relativt kostsam. Här behövs en mer omfattande förstudie kring de alternativ som står till buds, inklusive flytt till lokaler som idag finns inom område somatik. Området avser att arbeta vidare med olika alternativ som kan redovisas under hösten 2021.

Förändrade arbetssätt

Förslaget aktualiserar ett flertal frågeställningar som berör genomförandeaspekter och behov av nya arbetssätt. Med en permanent stängning av avdelning 26 A följer att alla temporära lösningar behöver ersättas med en mer långsiktig ordning för hur ansvar och handläggning av äldre och multisjuka patienter ska gå till. Här fodras att det geriatriska arbetssättet är en integrerad del av hela vården av de patienter som tillhör kategorin multisjuka och sköra patienter. Då behöver den vården vara teambaserad, där olika specialiteter samhandlar i den vård som patienter behöver. Det också hör till saken att patientantalet – hur man än räknar – relativt sett är mycket stort. Gruppen 80 år och äldre kommer dessutom öka med 26 procent fram till 2030.

Tabell 1: Patientflöden till akutmottagningen och vårdavdelningar (2019) m.m.

Ålderskategorier	65-69	70-79	80+
Besök på akutmottagningen	2839	7789	7226
Antal inlagda från akutmottagningen ¹	1143	3434	4028
Antal undvikbara slutenvårdstillfällen ²	511	1741	2157

Av tabellen framgår att ju högre upp i åldrarna patienter är, desto större är risken för inläggningar. Förklaringen är en tilltagande skörhet och multisjuklighet som leder till större vårdbehov. En viktig slutsats är att patientgruppen äldre och multisjuka patienter, oavsett alternativ, kommer att behöva vårdas på alla avdelningar även framgent. Den fråga som då behöver besvaras är hur området ska säkra tillgången till den särskilda kompetens som geriatriska patienter är i behov av.

Nya arbetssätt och rutiner kan dock inte bestämmas på förhand; de måste i praktiken utarbetas tillsammans mellan verksamheter och specialiteter, innan själva ikraftträdandet av förändringen. Men mer allmänt gäller att det geriatriska arbetssättet behöver ges nya förutsättningar att komma behövande patienter till del, men nu inom ramen för en form av vårdideologiskt skifte. Detta skifte innebär att:

- Alla avdelningar har ett uppdrag att vårda färdigt sina patienter.
- Verksamheterna inriktas på att vårda multisjuka patienter inom ett mer teambaserat upplägg.
- Vidare att fysioterapeuter och arbetsterapeuter blir en del av arbetet vid alla enheter.

För att kunna uppnå en reducering av kostnader och en förutsägbar riskhantering krävs ett omställningsprojekt som genomförs innan ikraftträdandet. Arbetet att skapa ett fungerande arbetssätt angår i det här sammanhanget alla medarbetare inom de berörda verksamheterna. Men det kommer också vara en central fråga för den ledning och styrning som utgår från områdes- och verksamhetschefsnivå. Uppdraget ska definieras och utgå från de viktigast förändringar som behöver göras. Omställningsprojektet behöver framförallt inriktas mot förmågan att hantera multisjuka äldre och/eller AIM-patienter inom samtliga verksamheter. De nya arbetssätten behöver etableras innan själva ikraftträdandet, varför projektets direktiv inte kan sträcka sig längre än årsskiftet 2021/22. Förslaget i sin helhet har sammanfattningsvis ambitionen att uppnå följande övergripande effekter:

¹ Avser inläggningar både till område somatik och närsjukvårdsområdets avdelningar.

² Indikatorn undvikbar slutenvård utgörs av ett antal sjukdomstillstånd. Sjukdomstillstånden som ingår i indikatorn är bl.a. anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck. Dessutom ingår ett antal akuta tillstånd. Indikatorn utgår från antagandet att det går att förebygga och därmed minska antalet inläggningar för patienter med sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn. Minskningen kan ske om patienten får en samordnad och optimal vård

- En långsiktigt hållbar kostnadsreduktion om 16,9 miljoner kronor.
- En utveckling av arbetssätt som ger en mer kontrollerbar kostnadsutveckling framåt.
- En strukturell inriktning som ligger i linje med övriga områdets förslag.

Med en ny avdelningsstruktur och en fastslagen vårdplatsvolym kan också en mer långsiktig utveckling av närsjukvårdsuppdraget genomföras under kommande år. Vilka kommer de mer grundläggande beståndsdelarna att vara inom ramen för en sådan utveckling? Det är inte möjligt att exakt precisera vilka insatser som kommer att vara aktuella – men det handlar om ett flertal åtgärder i samspel.

Området ser bland annat på kort sikt framför sig att de egna arbetsprocesserna kan effektiviseras genom en förbättrad koordinering av insatserna kring patienten. Det tidigare arbetet med det så kallade stödteamet inom specialistvården har gett omfattande erfarenheter av hur ett sådant arbete ska genomföras. Ambitionen bör också vara att skapa bättre arbets- och patientflöden inom de egna enheterna och med andra områden. Det är ett centralt mål att minska inflödet av patienter med en bibehållen kvalitet och patientsäkerhet. Vidare kommer samarbetet med SSIH vara en utvecklingsbar del i arbetet med att minska trycket på slutenvårdsplatserna. Det finns även ett behov att hitta bättre samarbetsformer och rutiner mellan område somatik och närsjukvårdsområdet när det gäller patienter med sammansatta vårdbehov som vårdas på områdenas respektive avdelningar.

Allra mest centralt i den kommande och mer långsiktiga utvecklingen är en närmare samverkan med primärvården, kommunal vård och omsorg. Undvikbara inläggningar kan reduceras med ett bättre samarbete. Medicinskt färdigbehandlade patienter ska inte behöva vara inskrivna i slutenvården längre än nödvändigt. Som ett led i att flytta ut vården – utanför sjukhuset – bör ett utökat användande av mobila team övervägas. Samarbetet mellan akutmottagningen, primärvården och kommuner är också ett intressant utvecklingsområde.

Närmare om ekonomiska konsekvenser

Området har i sitt arbete haft som ambition och målsättning att lämna ett förslag med en kostnadsreducering i storleksordningen drygt 20 miljoner kronor. Möjligheterna att genomföra en sammanslagning av avdelningarna 2 och 24 har dock försvårats (på kortare sikt) av sjukhusbyggnadens grundutformning. Som nämnts ovan kräver delar av verksamheten ett ventilationssystem som i dagsläget sannolikt kräver större investeringar. Dessa krav förhindrar en smidig omflyttning till befintliga avdelningar som finns inom området. Här krävs därmed en förstudie kring vilka alternativ som finns, innan beslut kan fattas.

Det nu aktuella förslaget kostnadsreduceringar summerar mot denna bakgrund till 16,9 miljoner kronor. Om lokalfrågan för avdelning 2 och 24 kan ges en lösning efter genomförd förstudie, kan ytterligare kostnadsreduceringar uppnås (i paritet med den målsättning som satts upp).

Tabell 2: Förändringar och kostnadsreduceringar

	Förändring, Vpl (disp)	Bemannings- tal	Tjänst	Ändring tjänster	Kostnads- reducering, mkr
Kardiologiavd (30)	0	2,35	70,50	1,83	-1,0
Avd 2 (16)	2	2,28	36,50	4,05	-2,0
Avd 24 (16)	4	2,25	36,00	7,50	-3,7
Avd 25B och 26B (35)	5	2,10	73,50	-3,50	1,80
Avdelning 26 A (-13)	-13	0,00	0,00	-38,50	21,8
Totalt: 97 disponibla vårdplatser	-2	2,23	216,50	-28,62	16,9

Not: Bemanningen på avd 2 och 24 bygger på helgtjänstgöring 2 av 5 både för sjuksköterskor och undersköterskor. På kardiologiavdelningen, avd 25B och 26B har undersköterskor helgtjänstgöring varannan helg

Ikraftträdande m.m.

Förändringarna beträffande GNR och kardiologin är planerade att införas senast vid årsskiftet 2021/22. Tiden från beslut till ikraftträdande ska ägnas åt att förbereda nya arbetssätt och övriga lokalförändringar. Beslut angående eventuell sammanslagning av avdelning 2 och 24 fattas efter genomförd förstudie.