

Vem är jag?



Patrik Bodeby

Verksamhetsutvecklare produktionsenheten

Arbetar med strategiska och operativa frågor med koppling till slutenvård

Tidigare avdelningschef
Kirurgisk utvecklingsavdelning

patrik.bodeby@akademiska.se



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

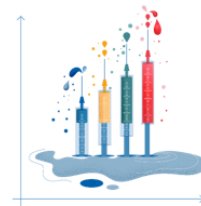
Sjukhuset uppdrag

Sjukhuset har i uppdrag att bedriva patientsäker vård med god kvalité samtidigt som det råder god balans mellan patientbehov, arbetstillfredsställelse och tillgängliga resurser.

**Vi ska vara det ledande universitetssjukhuset
som skapar störst värde för patienten**

Vi når dit genom att:

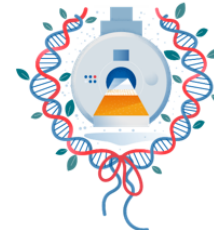
Hur gör vi det?



Arbeta datadrivet
med kvalitet



Skapa en hållbar
arbetsplats



Utföra mer
högspecialiserad
vård



Öka antalet
tillgängliga
vårdplatser

Vad är en disponibel vårdplats?

Socialstyrelsens termbank

Artikel

Term

disponibel vårdplats

Definition

vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Bakgrund:

2009 skapades konceptet för vårdintensitet i ett samarbete mellan medicinskt ansvarig läkare och controller. Infektion har använt det sedan dess.

2015 efter flera års uppehåll gjordes en omstart. Flera VO:n bjöds in och började använda vårdintensitet

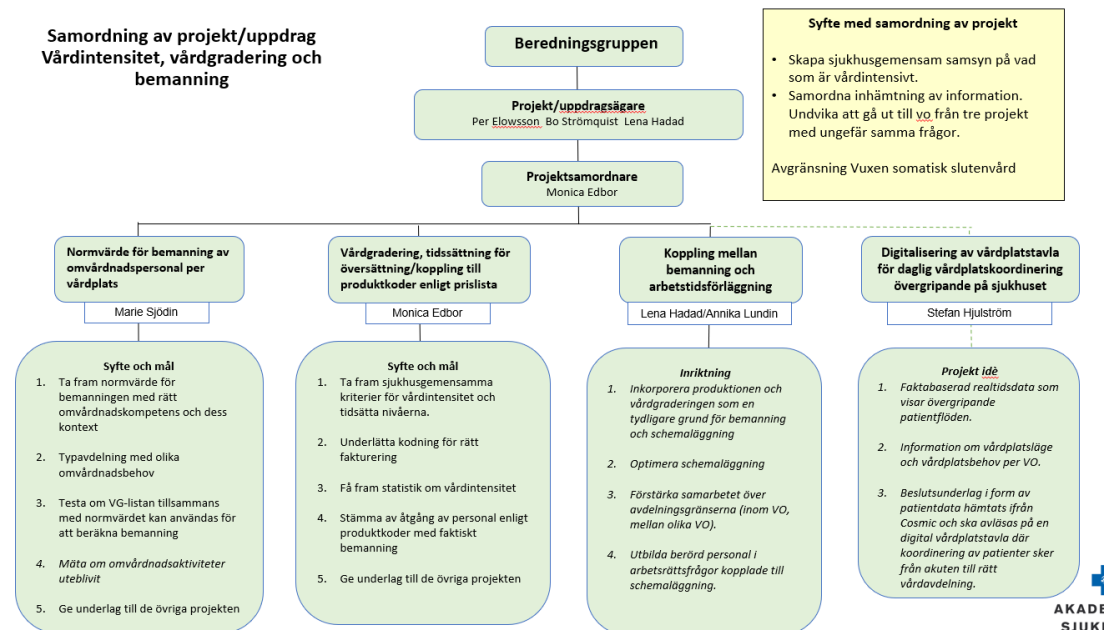
2016 bjöds vårdutveckling, produktion och HR in i samarbetet

2017 startades ett projekt med syfte att ta fram ett normvärde för bemanning av omvårdnadspersonal per vårdplats för att få en optimal vårdintensitet på vårdavdelningar inom vuxen somatisk slutenvård.

2019 Dom första inmatningarna av vårdintensitet i DiViS

Ett gediget arbete gjordes som kan ligga till grund i fortsatt arbete.

Det identifierades stora svårigheter med att sätta ett normvärde utifrån komplexiteten i frågan.



Normvärde för bemanning

Det formulerades ett normvärde på 1,8 medarbetare/vårdplats

Men är 1,8 medarbetare/vårdplats = optimal bemanning?

Det enkla svaret på den frågan är. . .

Det beror på. . .



Slutsats

Frågan är komplex och sjukhuset behöver öka kunskapen om sambandet mellan tillgängliga resurser och vårdbehov:

Fördelar

- Resurser och produktion kopplas ihop, transparent organisation, fritt val av yrkeskategorier. Kan mätas i antal tjänster. Med rätt riktlinjer kan förutsättningar för god kvalitet och arbetsmiljö ges i grova drag

Nackdelar

- Det saknas ett gemensamt språk för att kommunicera när bemanningsbehov bör skilja sig från normen.
- Hur värderas och påverkar faktorer som
 - Vårdintensitet, patientflöden och medelvårdtid,
 - Avdelningsstorlek, personalsammansättning och personalomsättning, kompetens och utbildning, patientnära- och administrativa stödfunktioner,
 - Kontextuella strukturer, ledning, schemaläggning, lagar och riktlinjer.



Vårdplatsstrategi 2024

I vårdplatsstrategin anges vad sjukhuset ska göra för att förbättra patientflödena, förbättra tillgängligheten och på sikt kunna öppna fler vårdplatser.

Prioriterade områden för att nå målet:

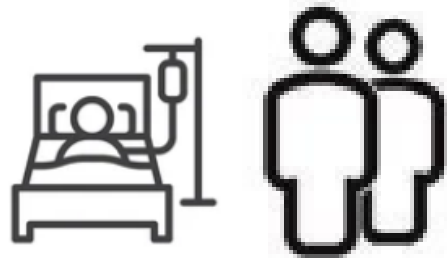
- Planering och utskrivningsdatum
- Daglig styrning
- Uppföljning och utdata
- Medicinsk märkning
- Hållbar arbetsplats (utfasning av hyrpersonal, nyanställa och behålla befintliga personal skapa god arbetsmiljö)



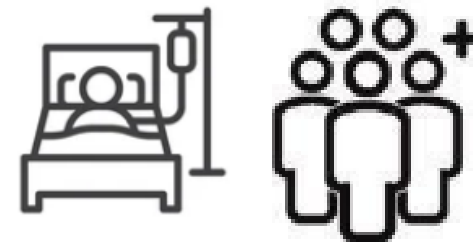
Hur kommer då vårdintensitet in i bilden?

Genom att registrera patienternas vårdintensitet vill sjukhuset skapa en gemensam samsyn och på så vis skapa förutsättningar för att ge patientsäker vård med god kvalitet samtidigt som det råder god arbetstillfredsställelse utifrån tillgängliga resurser.

Genom att använda vårdintensitet som ett av underlagen vid inriktningsbeslut kan bemanning och kompetensförsörjning i framtiden utgå ifrån patientbehov och inte utifrån historisk bemanning.



Avd. A
Bemannad för lätt vårdintensitet



Avd. B
Bemannad för hög vårdintensitet

Vad är Vårdintensitet?

Vårdintensitet

Beskriver patientens bedömda omvårdnadsbehov

Utformning Kriterier

- Har tagits fram tillsammans med verksamheterna
- Utmaningen har varit att identifiera relevanta och sjukhusgemensamma kriterier

Basal omvårdnad (huvudsakligen underskötterisk)		
0 Vanlig tillsyn	Fysisk omvårdnad	Personlig vård utförs självständigt (ex inför operativ/undersökning) Mobilisering självständigt
	Basal omvårdnad	NEWS max 3 ggr/dygn Provtagning max 1 ggr/dygn B-glukos max 4 ggr/dygn Drägnagekåttel max 3 ggr/dygn Sårömläggning okomplicerad/enkel (max 15 min, 1 person)
	Psykosocial omvårdnad	Dro hanteras i stort sett självständigt Stödåtgärder ävenstaka behov (boka resa/transport)
	Vårdmiljö	Basala hygienrutiner och källregler (inkl basala skyddsutrustning som behövs vid vård, visir, munskydd, förkläde och handskar)
1 Tilltare tillsyn	Fysisk omvårdnad	Personlig vård med handräddning (ex stomvård, vändning, matning, förberedelse inför operation/undersökning) Mobilisering med hjälp av 1 person Omvårdnadsrisker för byggnad/utrustning minst 3 risker/dygn (ex fall, trycksår/nutrition)
	Basal omvårdnad	NEWS 4-6 ggr/dygn Provtagning 2-3 ggr/dygn B-glukos mer än 5 ggr/dygn Drägnagekåttel fler än 3 ggr/dygn Sårömläggning större/fler än 15-30 minuter eller 2 personer) Hindurex/spöddroppskåttel
	Psykosocial omvårdnad	Dro är ökad, är kontaktsökande, även hos närmstående Stödåtgärd ex toalettböj
	Vårdmiljö	Utökad skyddsutrustning som behövs vid vård, andningskydd (inklusive hel- eller halvmask, långärmat skyddrock samt begränsande stöd av utrymmen som delas av patienter (ex toalett))
2 Utökad tillsyn	Fysisk omvårdnad	Personlig vård utförs med full hjälp (ex vändschenar, 3e ämne eller tilltare, nutrition, elimination) Mobilisering med hjälp av 2 personer Undersökning/behandling, ex närvara under röntgenundersökning
	Basal omvårdnad	Första 24h efter intensiv- eller intermedialvård (ex post-op) NEWS mer än 6 ggr/dygn Provtagning 4 ggr/dygn B-glukos mer än 5 ggr/dygn Drägnagekåttel komplicerat ex innehållande utskörd av cytostatika Sårömläggning större/fler (mer än 30 minuter) Trakeostomi/vård rengöring av luftvägar frekvent
	Psykosocial omvårdnad	Förvirring/desorientering är utslagsgörande, svår ångest, självskadebeteende, suicid risk ORSS vid scoring ögömt förm av extravård så bedöms patienten utifrån övriga vårdbehov utifrån av anordningspersonalen
	Vårdmiljö	Skyddsåtgärd vid omhändertagande av patient med misstanke om HSAI och CBRNE händelse. Exempel är krav på strö- och kemskydd

Specifik omvårdnad (huvudsakligen sjukskötterisk)		
A Vanlig tillsyn	Fysisk omvårdnad	Uppföljning av utförd omvårdnad Omvårdnadsplaner slutas och status uppdateras
	Specifik omvårdnad	Läkemedelsbehandling med max 4 ggr/dygn (1-7 preparat per läkemedelsfåle) Intravenös läkemedelsbehandling max 3 ggr/dygn Provtagning max 2 ggr/dygn
	Psykosocial omvårdnad	Dro hanteras i stort sett självständigt Stödåtgärder ävenstaka behov (boka resa/transport)
	Vårdmiljö	Basala hygienrutiner och källregler (inkl basala skyddsutrustning som behövs vid vård, visir, munskydd, förkläde och handskar)
B Tilltare tillsyn	Fysisk omvårdnad	Omvårdnadsrisker uppföljning/åtgärd minst 3 risker/dygn (ex fall, trycksår/nutrition)
	Specifik omvårdnad	Inskrivning eller utskrivningsdygn Inkalkulerad från annat specialområde Läkemedelsbehandling med max 6 ggr/dygn (8-11 preparat per läkemedelsfåle) Intravenös läkemedelsbehandling 4-5 ggr/dygn Strömledet av blodprodukter PCA, EDA kontinuerlig flexus Provtagning 3-4 ggr/dygn Skärrutiner / Ömläggning av centrala infuser Peritonealdialys (handräddning) Drägnagekåttel 1-3 ggr/dygn (utökad övervakning ex likvikt/dränering) Övervakning ex CTG/telemetriövervakning
	Psykosocial omvårdnad	Dro är ökad, är kontaktsökande, även hos närmstående Stödåtgärd ex toalettböj
	Vårdmiljö	Utökad skyddsutrustning som behövs vid vård, andningskydd (inklusive hel- eller halvmask, långärmat skyddrock samt begränsande stöd av utrymmen som delas av patienter (ex toalett))
C Utökad tillsyn	Fysisk omvårdnad	Undersökning/behandling, ex närvara under röntgenundersökning
	Specifik omvårdnad	Första 24h efter intensiv- eller intermedialvård (ex post-op) Komplex utskrivningsprocess ex flytt till annat land Läkemedelsbehandling fler än 5 ggr/dygn (mer än 11 preparat per läkemedelsfåle) Intravenös läkemedelsbehandling 4-5 ggr/dygn Provtagning mer än 4 ggr/dygn Assisterad Peritonealdialys Drägnagekåttel komplicerat ex innehållande utskörd av cytostatika Andningsvård ex CPAP/BIPAP/Octflow Trakeostomi/vård med rengöring av luftvägar frekvent Övervakning vid ex avancerad läkemedelsbehandling
	Psykosocial omvårdnad	Förvirring/desorientering är utslagsgörande, svår ångest, självskadebeteende, suicid risk ORSS vid scoring ögömt förm av extravård så bedöms patienten utifrån övriga vårdbehov utifrån av anordningspersonalen
	Vårdmiljö	Skyddsåtgärd vid särskild händelse tex misstanke om HSAI och CBRNE händelse. Exempel är krav på strö- och kemskydd



Vårdintensitet

Uppdelning av omvårdnadsbehov

- Grundläggande omvårdnad främst undersköterska Graderas i siffror: 0, 1, 2
- Specifik omvårdnad främst sjuksköterska graderas i bokstäver: A, B, C

Gemensam samsyn

- För att uppgraderas till nästa intensitetsnivå behövs minst 1 kriterium i högre nivå.
- Det krävs en insats av avdelningens personal för att kriteriet ska räknas.
- Om patient inte uppfyller något kriterium enligt listan blir graderingen 0A
- Om patienten uppfyller 5 gula underkategorier klassificeras den som röd

The screenshot shows a digital interface for patient care intensity. The window is titled 'Vårdint. (1C)' and includes a close button (X). It displays 'Vårdplats 13' and 'Patient ♂ 1998'. There are two main sections: 'Basal omvårdnad' and 'Specifik omvårdnad'. Each section has three rows representing different intensity levels. In the 'Basal omvårdnad' section, the row for level '1' is highlighted in yellow and has a checkmark, while '0' is green and '2' is red. In the 'Specifik omvårdnad' section, the row for level 'C' is highlighted in red and has a checkmark, while 'A' is green and 'B' is yellow. At the bottom, there are buttons for 'TA BORT' (trash icon) and 'SPARA' (save icon).

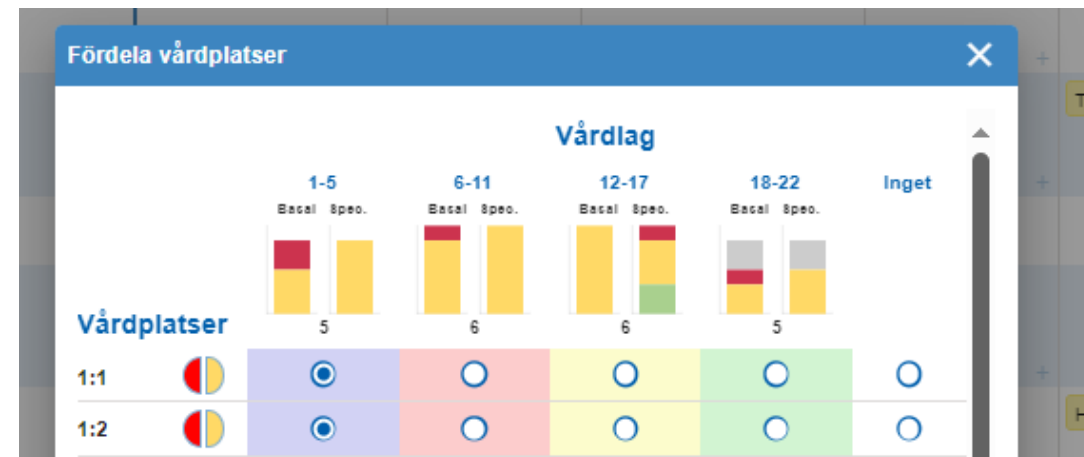


Vårdintensitet användningsområden

- Lokalt
- Centralt
- Strategiskt

På avdelningsnivå kan vårdintensitet fungera som stöd i den dagliga styrningen för att jämna ut och fördela tillgängliga resurser utifrån patienternas omvårdnadsbehov.

Målet är att detta ska stödja ett teambaserat och behovsanpassat arbetssätt som skapar ökad delaktighet som i sin tur ger en minskad upplevd arbetsbelastning, en bättre arbetsmiljö och förhoppningsvis en effektivare vård.



Daglig Styrning

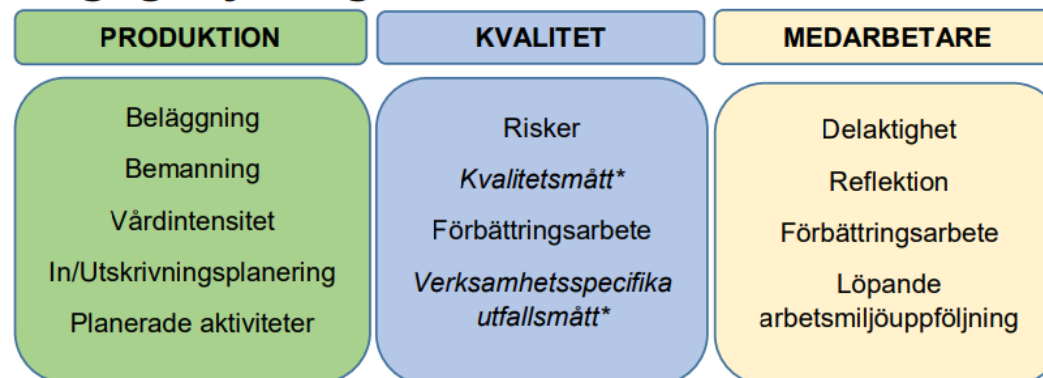
Huvudsyftet med daglig styrning är att säkerställa ett effektivt patientflöde, en effektiv resursanvändning och jämn fördelning av arbetsbelastning samt god arbetsmiljö.

Ett annat viktigt syfte med gemensam daglig styrning är att skapa delaktighet och engagemang kring avdelningens arbetssätt, kvalitet och arbetsmiljö.

Fungerande förbättringsarbete förutsätter att alla medarbetare är delaktiga i och tar ägandeskap för kontinuerligt lärande.

Beskrivning

Daglig styrning – arbetssätt



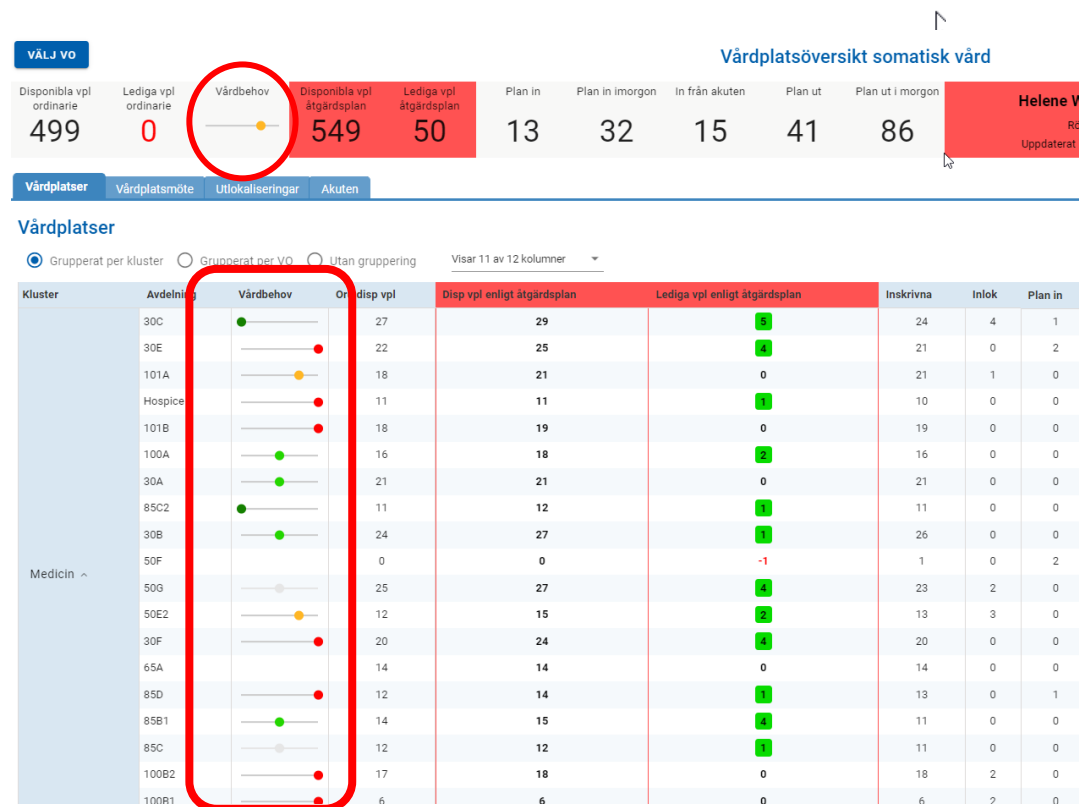
Vårdintensitet användningsområden

- Lokalt
- **Centralt**
- Strategiskt

Realtidsdata från avdelningstavlorna visualiseras på den centrala vårdplatsöversikten.

Datan visar de ineliggande patienternas summerade vårdintensitet.

Målet med detta är att skapa ett bättre underlag i den kontinuerliga koordineringen av det övergripande patientflödet.



Vart står vi idag?

- ✓ Sjukhusgemensamma kriterier för vårdintensitet är implementerade och används på samtliga slutenvårdsavdelningar inom vuxen somatisk slutenvård
- ✓ Summerad vårdintensitet per avdelning visualiseras och används vid central styrning
- ✓ Förvaltningsorganisation med definierade roller och ansvar för att upprätthålla och utvecklar dessa förmågor är upprättad



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Vart står vi idag

Vi undersöka hur olika faktorer påverkar behovet av bemanning per vårdplats, för att gör det behöver vi data.

En del data har vi och en del saknar vi:

- Här har vi data:

vårdintensitet, patientflöden och medelvårdtid, avdelningsstorlek och beläggning.

- Här saknar data:

HR-systemet saknar förmågan att

- redovisa utförd och planerad arbetstid för hyrpersonal.
- koppla resurser till slutenvård, dagvård, mottagning
- skilja på direkt patientvård, stödfunktion, administrativt stöd och ledning.
- koppla kompetensnivåer till resurser



På gång

- Utvärdera resultaten från 3 pilotavdelningar
(Avrapporteras i slutet på augusti)
- Undersöka sambandet mellan tillgängliga resurser och vårdbehov
(Avrapporteras vid årsskiftet)
- Fortsätta driva frågan för att regionens HR-system ska leverera
nödvändig data för att kunna driva arbetet vidare.
(Saknas tidsplan)



Tack!



- **Patrik Bodeby**
- Verksamhetsutvecklare produktionsenheten
- Arbetar med strategiska och operativa frågor med koppling till slutenvård
- Tidigare avdelningschef
- Kirurgisk utvecklingsavdelning
- patrik.bodeby@akademiska.se

