

**Per Ek:**

- Hej! Ni lyssnar på Socialstyrelsens podd, På djupet. Jag heter Per Ek, jobbar på Socialstyrelsens kommunikationsavdelning och ska leda dagens samtal om vårdplatser. Det är den första av tre poddar där vi belyser temat vård när du behöver den. Svensk hälso- och sjukvård ligger långt fram och rankas internationellt sett bland de bästa. Men det finns saker i hälso- och sjukvården som behöver adresseras. Den enskilt största utmaningen är att många idag får vänta på vård. Två av tio patienter får vänta längre än den vårdgaranti som finns. Det leder till lidande och oro hos patienter och deras anhöriga. Den yttersta konsekvensen är att patienter dör. Tillsammans med regionerna arbetar Socialstyrelsen med att hitta lösningar och Socialstyrelsen har tagit fram en nationell plan för hur vården kan planera för att skapa balans mellan behov och kapacitet. Det innebär bland annat att vi har tydliggjort hur många vårdplatser som faktiskt behövs. Det är ett riktvärde säger att i dag behövs ytterligare 2230 vårdplatser och 50 IVA-platser för att minska vårdköerna, antalet överbeläggningar och utlokaliseringar. Med det skulle patientsäkerheten öka och vården bli mer jämlik. I dagens samtal vill vi belysa problematiken med att patienter inte får vård i tid inom vårdgarantin gränser alltså, och ha ett samtal kring hur antalet vårdplatser är en del i den problematiken. Vi vill också prata om de utmaningar som regionerna har och står inför och vad det betyder för behovet av nya sätt att arbeta. Avslutningsvis ska vi också resonera kring lösningar och berätta om hur vi som myndighet stödjer regionerna med att lösa utmaningarna. Och vem vet, vi kanske kommer på något annat nytt och bra under samtalet. Med mig har jag Caroline Kevin, utredare på Socialstyrelsen. Välkommen!

**Caroline Kevin:**

- Tack så mycket!

**Per Ek:**

- Patrik Bodeby, verksamhetsutvecklare, produktionsenheten på Akademiska sjukhuset i Region Uppsala. Välkommen!

**Patrik Bodeby:**

- Tackar!

**Per Ek**

- Och John Domenstam, Enhetschef Produktionsstyrning, hälso- och sjukvårdsförvaltningen från Region Örebro län. Välkommen du också!

**John Domenstam:**

- Tackar!

**Per Ek:**

Jag tänker börja med dig Caroline, Socialstyrelsen. 2023 presenterade vi ett riktvärde för antalet vårdplatser. Vad visade det?

**Caroline Kevin:**

- Det visade att vi saknar lite fler vårdplatser än det här året. 70 fler. Vi hade brist i alla regioner utom en, visar när vi släppte det första gången.

**Per Ek:**

- Och vad säger det dig?

**Caroline Kevin**

- Det säger att nationellt har vi stora utmaningar i kapacitet för vårdplatser. Sen är ju inte antal vårdplatser statistiskt, men just nu har vi ett stort gap i vårdplatser och det blir ju ett stort problem, inte bara för vårdgarantin och de patienter som väntar på åtgärder hemma utan det blir problem i de akuta flödena med stora patient säkerhetsrisker.

**Per Ek:**

- Hur hamnade vi i den här situationen skulle du säga?

**Caroline Kevin:**

- Svensk hälso- och sjukvård har utvecklats väldigt mycket. Under några år så var det raketutvecklingen som gjorde att behovet minskade. Vi kanske minskade lite för mycket i relation till behovet och förväntade oss lite högre effekter. Det i kombination med att vi haft kompetensbristutmaningar, främst i rekryteringen av sjuksköterskor.

**Per Ek:**

- Tror du man hade kunnat förutse det här tidigare?

**Caroline Kevin:**

- Det är ju svårt att säga. Alla vill ju göra väl där man är och vi har haft problematiken i många år. Det är väl tråkigt att vi inte löst under alla de här åren skulle jag säga. Sen jobbar alla jättehårt med frågan och det är en svår komplex fråga. Men där upplever jag det som kommer från region, och när jag utrett det här att vi har också lite fix mindset kring att team ska se ut, hur vi använder våra resurser som gör att vi på ett sätt med medicinska resultat är väldigt innovativa och på ett sätt så är vi verkligen inte innovativa som gör att lösningarna blir så långt bort.

**Per Ek:**

- Just det, vi kommer komma in lite på de här lösningarna strax, men nu när vi har tagit fram de här riktvärdena, hur arbetar vi framåt med dem?

**Caroline Kevin**

- Vi har tagit fram en nationell plan. Det är Skillnaden mot förra årets riktvärden, är att nu vill vi på Socialstyrelsen stötta regionerna i det här arbetet så att vi föreslår ju insatser kopplat till det här för att vi ska lösa utmaningen tillsammans. Den här nationella planen är

framtagen tillsammans med regioner och medarbetare, både regioner, kommuner och beslutsfattare. Så nu behöver vi på Socialstyrelsen vara lite närmare våra målgrupper och stötta i det arbetet och kanske följa upp det mer än en gång om året.

**Per Ek:**

- Med oss i samtalet har vi Patrik Bodeby. Du är alltså verksamhetsutvecklare på produktionsenheten på Akademiska sjukhuset i Region Uppsala. Bara så att vi hänger med. Vad gör du på jobbet?

**Patrik Bodeby:**

- Ja, en mängd olika saker. Vi är uppdelade på olika delar. En person kan ju inte göra allt inom en så stor verksamhet så att jag är huvudsakligen inriktad mot operativa och strategiska frågor kring beslut om vårdplatser. Så att min roll är att jobba med patientflöden, vara ett stöd i underlag och stötta sjukhusledningen, verksamhetschefer, avdelningschefer i att arbeta med hur vi bäst hjälper våra patienter med de resurser vi har.

**Per Ek:**

- Hur skulle du beskriva er vardag i Region Uppsala när det handlar om det här?

**Patrik Bodeby**

- Vi jobbar med den här frågan varje dag kring att få vår kapacitet att räcka till det som är vårt uppdrag. Och uppdraget är stort och ibland lite odefinierat och man skulle egentligen prata om två olika delar. Det handlar om vår yttre effektivitet. Jobbar vi med rätt saker och sen har vi den ineffektiviteten. Hur angriper vi våra uppdrag på ett effektivt sätt? Och det handlar väldigt mycket om att rätt person ska göra rätt sak, att patienterna ska få vård på rätt vårdnivå. Och det är lite grann när man kommer tillbaka till det här begreppet och är en slutenvårdsplats, så det handlar egentligen inte kanske om i första hand antalet utan vad gör vi med dem? Sen så kan jag hålla med om att gör vi alltid samma lika som vi gjort förut, då kommer ju det här antalet disponibla vårdplatser faktiskt vara en definition på om vi har tillräcklig kapacitet eller inte. Men det pågår en ständig utveckling hela tiden över vart och om man bor någonstans. Och det här kan man ju prata om att vi har lite svårt att följa upp hälso- och sjukvården. Jag skulle vilja påstå att vi har gjort. Vi gör mycket mera saker än vad det faktiskt ser ut. Så är man inom industrin så är det lätt att mäta produktion utifrån hur många bilar vi tillverkar ut med vissa resurser. Ju fler bilar per resurs desto mer effektiv är du. Så enkelt är det inte inom sjukvården riktigt utan här har vi ju då, nummer ett. Vilka patienter som vi tar in gör vi på viseringar för äldre patienter till öppenvården. Då för vi ju över en patientkategori där vi tar hand om flera patienter på egentligen effektivare sätt. Resultatet blir då däremot att vi destillerar upp de patienterna som är mer sjuka, mer komplicerade som då kräver mer resurser till de som blir kvar i slutenvården. Vilket är ju helt rätt i så man måste styra resurserna. Och sen har vi en utveckling hela tiden där vi hittar effektiva behandlingsmetoder som gör att vi gör patienterna mindre sjuka när vi ska bota dem med effektivare kirurgiska ingrepp, behandlingar och så vidare, som i sin tur är kostnadsdrivande så att vi aldrig tagit hand om så många patienter som vi gör idag. Vilket är viktigt komma ihåg när man pratar om att vi inte räcker till. Samtidigt kan vi göra mycket mera så att när man säger att ja, hur länge jag haft kö? Ja, sen kösystemet uppfanns för att det hela tiden kan vi ge nya saker som då skapar kö. Vi kan bota personer och människor som vi förr inte kunde bota, som aldrig hamnade i en kö, vilket gör att tillgången på vård ökar efterfrågan, vilket

innebär att vi behöver titta på de här frågorna. Och tittar vi lite på perspektivet, förut så jobbade vi mycket mera med frågorna om sammanhållna vårdkedjor, hälsoekonomi i prioriteringar, men det har på senare tid blivit mer ifrågasatt och bytts ut emot valfrihet, fri etablering, konkurrens och privata sjukförsäkringar och så vidare där vi ska jobba på marknad. Och de här två delarna gör det svårt att hålla ihop allting. Vi verkar i en komplex miljö.

**Per Ek:**

- Och jag tänkte att du ska få prata lite mer strax om de innovativa lösningarna att ni arbetar och tittar med. Men jag undrar lite Caroline, kan du hjälpa oss lite med definitionen? Hur definierar vi en disponibel vårdplats?

**Caroline Kevin:**

- Ja, då handlar det ju om att en vårdplats som är bemannad, att det finns utrustning så att den är öppen helt enkelt lokalmässigt, lite såna saker. Men sen det Patrik beskriver att vi har lite olika bemanningsmål och förutsättningar så där som gör att man inte alltid tycker att det jämförbart och det sker i ens egen region.

**Per Ek**

- Nu tillbaka till dig Patrik. Hur arbetar ni med lösningar på det här problemet som vi ändå pratar om idag?

**Patrik Bodeby**

- Ja, på en mängd olika sätt. Dels så jobbar vi väldigt mycket utifrån att säkerställa att vi har en balans mellan tillgängliga resurser och de behov som patienten har. Bland annat så jobbar vi med både vårdintensitet på våra slutenvårdsavdelningar. I maj 2023 så var samtliga slutenvårdsavdelningar införlivade i och registrerar både intensitet det vi delar upp egentligen på grund, vård som behöver göras av legitimerad personal eller vård som kan utföras av icke legitimerad personal. Ganska grova. Om vi generaliserar, om du har en patientgrupp som behöver väldigt mycket läkemedelsinsatser som måste utföras av legitimerade sjuksköterskor, då kan man inte kasta in undersköterskor där och förväntas att man löser problemet. Likväl som att vi har en brist på sjuksköterskor så ska vi ju inte bemanna så att vi måste använda våra sjuksköterskor till att göra uppgifter som andra personer kan göra. Så det är en del som vi tittar på för att bemanna våra avdelningar utifrån patienternas behov och inte bara utifrån historiska siffror. Hur vi har bemannat förut. Och det här är ju ett stort arbete för att det här är en massa olika mjuka värden och parametrar. Vi har inga exakta siffror så att de utmaningar jag hittar är var är baseline någonstans? Vi måste försöka kategorisera. Vad är det normala som vi ska utgå ifrån? För allt annat är ju avvikelser från det och då måste vi veta parameter som är effektiva. Gör vi rätt saker? Har det på kultur i sitt flöde nu ut och så vidare. Och mäter vi rätt saker för att ta reda på det här? Och det här är ju en jätte, jättesvår fråga som jag tror att man jobbar med överallt i Sverige. Och jag vet att det görs internationellt också. Det är en otroligt stor fråga för vi alla är intresserade av att vi måste kunna lösa vår uppgift säkert, långsiktigt, hållbart för medarbetare och patienter så att vi kan klara vårt uppdrag framåt.

**Caroline Kevin:**

- Blir så nyfiken Patrik. Du nämnde lite kultur. Hur svårt är det här?

### **Patrik Bodeby**

- Det är jättesvårt och jag tycker att det finns en ganska intressant rapport som skrevs av Forum för Health policy i september 2023. Och där pratar man om onödig administration i sjukvården. Och jag tycker den är lite talande för det finns då ett citat, man har intervjuat massa läkare, sjuksköterskor, olika professioner, där man då säger att det finns massa olika krav på dokumentation och administration. Var och en för sig har ett gott syfte, men om man tittar till helheten så börjar det bli svårt. Då börjar det bli paradoxalt mycket. Så att det som den här läkaren som man citerar säger att förut så försökte jag göra det som alla riktlinjer i tiden sa åt mig, men nu handlar det snarare om att jag ute på min profession behöver bedöma vilka riktlinjer och rutiner som jag ska strunta i för att hinna ta hand om patienten. Och jag tror att det är ett symptom på den här övriga administrationen. Studier från USA visade att om en läkare där skulle följa alla hälsofrämjande uppgifter i ett patientbesök så skulle det ta upp ungefär sju timmar av hans arbetsdag. Och skulle han uppfylla alla kriterierna utifrån deras nationella hälsoorganisations delar i alla steg, då skulle hans arbetsdag behöva vara 27 timmar lång. Och då börjar man märka att... jag säger inte att det är så här i Sverige, men vi har en utmaning över att vi har manuella system. Vi har krav och riktlinjer på myndigheter med all välvilja som gör att det tar mycket tid från patienterna och det är det ett bekymmer och jag tror att det kan vara ett av fallen varför är svårt då när man vill få in nya arbetssätt som är viktiga. Att den här mentaliteten finns hos mycket hos hälso- och sjukvårdspersonal. Att man gör en egen sällning utifrån vad man anser är motiverat att göra. Och då blir det inte att vi gör lika. Vi har nog lite själva att skylla där faktiskt. Vi som sätter riktlinjerna.

### **Per Ek:**

- För vi som sätter riktlinjerna. Nu begav vi oss lite till USA. Jag tänkte bege mig inte lika långt bort, men en bit i alla fall till Örebro län och Region Örebro län. Och här blev det lite positiva tongångar, eller hur, Jan Domenstam, enhetschef, produktionsstöd, övning, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen? Vi har inte längre vår platsbrist efter de uppdaterade riktvärdena. Vad har ni gjort under året som varit?

### **John Domenstam:**

- För det första så kommer säkert inte vårdplatsutskottet håller med om den beskrivningen, för att det är fortfarande på grund av stor variation i dessa flöden. Vissa dagar är bra, vissa dagar inte bra. Så att säga att vi har löst det så tänker vi inte sticka ut hakan och säga. Men jag tror vi jobbar dels som sagt var väldigt nära vården där det händer i det dagliga med att vi har infört det vi kallar för vårdplatsutskott under åren här, som har då jobbat aktivt med den nära planering i det dagliga för att få det fungera, eftersom det ser ut som det gör och det är en del av den problematiken. Men på frågan vad har vi gjort jämfört med förra året till nu? Vi har jobbat aktivt med vårdplatsutskottet där man har jobbat med klustertänk för att hantera utlokaliserade och överbeläggningar, då liksom i större enheter än en vårdavdelning. Vi har jobbat med utskrivningsavdelning där då patienter som utskrivningsklara hamnar i ett mellansteg i väntan på kommunen som vi håller på att utvärdera. Den första utvärderingen är det ser väl bra ut. Det man lyfter upp som är problematiskt är till exempel läkemedelslistan hänger liksom inte riktigt med och det är lite problematiskt med men man har sett positiva effekter. Och så har man också jobbat då med att eftersom bemanningen är en utmaning att man har provat under sommarmånader att använda läkarstudenter gå in att förstärka upp dem på olika sätt i vården. Det vi jobbar med då på på vår enhet? Det är då

mer det strategiska långsiktiga. Hur säkerställer vi att vi har förmågan att ta hand om det i det dagliga? Och där har vi då jobbat väldigt mycket med att göra en förflyttning mot att dels höja kunskapen, för det tror vi en del i den här kulturförändringen som måste göras i vården. Att vi behöver höja kunskapen i vad är kapacitet. Jag tycker det är trevligt att vi nu faktiskt pratar om att inte bara vi behöver mer vårdplatser. Vi måste höja vår kapacitet. Vårdplatser är en komponent i kapacitet och där jobbar vi också med att faktiskt, då det är Patrik pratar om, att man har väldigt mycket olika tyckande, olika tank, olika syn på det. Här försöker vi ändå likrikta oss när det gäller kapacitet. Då har vi en formel som innehåller fyra komponenter och det är de fyra komponenterna vi pratar om, oavsett om det operation, slutenvård, öppenvård. Och visst är det en enklare modell, men på den strategiska nivån fungerar. Den räknar inte på kronan rätt eller timmen rätt, men det räknar tillräckligt rätt så att vi ska kunna ha en strategisk dialog om vad vi ska ha resurser på och dessutom blir det enklare för cheferna i sin dialog. Vad är det jag har problem med? Att vi inte bara fastnar i fällan, vi behöver mer vårdplatser. Det var lite talande på, nu kommer jag inte ihåg när det hände, men det var under våren här nu 2024 på en av de här temadagarna, en enhet hade konstaterat. Vi sänkte vår processtid, vår medelvårdtid. Och då minskade behovet av vårdplatser och de hade blivit så förvånade över det. Ja, det är ett matematiskt förhållande. Det är ett till ett förhållande. Lika mycket du sänker processtiden med, lika mycket sänks behovet av vårdplatser och det vet vi hos oss. Och det är den här grejen vi har sagt att det finns en matteformel vi börjar ställa krav på våra chefer för att de ska kunna och det är det vi kallar för kapacitetsformeln för då blir det konkreta saker att prata om. Om man säger att ni behöver höja kapaciteten. Man pekar på vad är det för komponent ni har möjlighet att skruva på? Jo, det jobbar vi väldigt mycket med att införa just nu. Parallellt med att man gör det här jättebra, jobbet nere på golvet med en vårdplatsutskottet och så vidare. Men att vi även försöker bli mer strategiska. Alltså vi jobbar just nu med att vi har utbildat 175 chefer och stödfunktioner. Nu håller vi precis på att så att alla kommer göra 12 till 18 månaders planer på vilka vårdplatser man behöver och det är också ställt till något vi kallar för behovsplan. Så vi har två planer, en behovsplan, vad borde vi göra och en balanserad plan vad vi förmåga att göra. Eftersom vi då har vår formell till grund så vet vi också. Vad är det då i gapet som är? Är det vårdplatser eller är det en resursproblematik eller är det en variationsproblematik? Så att det blir väldigt konkret. Men där är vi mitt i det jobbet.

**Per Ek:**

- Patrik ville komma in.

**Patrik Bodeby:**

- Jag blev jätteinspirerad när jag hörde dig prata på de här dagarna om just den här kapacitetsformeln. Vi jobbar ju jättemycket de här sakerna på Akademiska sjukhuset också, kring hur styr våra flöden. Det vi pratar om den inre kapaciteten, hur få vi effektiv snurr? Och det är ju det här att när man pratar om vårdplatser som någonting statistiskt så är det vad gör ni med dem? Kan vi korta er med vår tid och kommer behovet minska? Kommer ni poliklinisera en patientgrupp så kommer vårdplatserna minska och får ni ett uppdrag som har behov av mer ineliggande vård, då kommer behovet att öka utifrån den här formeln. Jag tyckte den var snygg och ha. Jag har en inramad här på kontoret det här och ska försöka missionera ut den, så det blir lättbegripligt. Vi pratade jättemycket om faktorer. Vad kan vi påverka? Och då är ju det här det man pratar om. Effektiva och nära vård som kan tyckas vara lite abstrakt. Men den handlar egentligen just om patienten ska både få vård på rätt vårdnivå och vi ska underlätta det hela tiden. Vissa ska absolut söka till akutmottagningen för

att det dit man ska, andra ska absolut inte göra det. Och så behöver vi hitta processer för att underlätta för patienten ska kunna söka sig till rätt nivå. Behovet av slutenvårdsplats om vi pratar om akuta patienterna till exempel. Det är ju egentligen slutsumman huruvida om vi har en primärvård som kan sköta det här, om vi stöttar primärvården på ett bra sätt så att de kan ta hand om patienterna. För det är väldigt få patienter som tycker om att ligga på sjukhus. Helst så vill man ju faktiskt slippa det. Och det finns massa saker som man kan göra. Vi jobbar mycket med koordinatörer centralt för att fördela patienterna så att de ska hamna rätt. Vi jobbar väldigt mycket med kluster. Det här är definitionen, vad är utlokaliserade och inlokaliserade patienter? En svår fråga att svara på, för att ju mer högspecialiserad ett sjukhus är, desto högre utlokaliseringsgrad tenderar man att få, för att det är inom ett mindre regionsjukhus kanske du har en neurologavdelning, på ett större universitetssjukhus kanske du har fyra olika. Och även där utifrån medicinska kirurgiska kluster så finns det i alla fall diagnoser som kanske inte riktigt passar in här. Vi jobbar med medicinsk märkning som mer ska utgå utifrån patientens faktiska behov, än vilka olika typer av diagnoser som den patienten råkar ha. Ett annat begrepp som vi tagit fram i brist på annat som vi kallar för bassjukvård. Och det är egentligen patienter som egentligen kanske lider av en urinvägsinfektion, som inte är komplicerad, som inte har en avancerad njursjukdom osv. så skulle då kanske kunna vårdas gott på såväl en kirurgisk avdelning som en infektionsavdelning som på en geriatrisk avdelning så att man faktiskt ser till att patienter som skulle kunna få god vård vart än vi placerar dem ska kunna placeras överallt så att vi verkligen fokuserat på de som verkligen behöver den specifika kompetensen som kommer in vid avancerade sjukdomar ska hamna rätt och att våra äldre sköra patienter inte ska riskera att få längre vistelsetider på en akutmottagning bara för att de inte råkar ha ett specialiserat problem och mer generell problematik. Och det riskerar då i den här fördelningsdelen att inte ha en tydligt definierad diagnos så att någon känner att det är vi som har ansvar för den här patienten.

**Per Ek:**

- Jag tänkte höra, det är många begrepp som flyger i luften. Ett som har återkommit är kluster och klustertänk. John, du var inne på det förut. Vad är ett klustertänk kopplat till den här frågan?

**John Domenstam:**

- Det är säkert olika regioner använder begreppet på olika sätt tror jag dels. Men i grunden handlar det om att man förutbestämmer lite större område, inte bara inom kirurgimedicin, utan man kan säga att de här ska vi försöka samplanera så gott det går och det är ett sätt att försöka hantera det på traditionellt sätt och se på hur vi faktiskt organiserar oss. Organisationen upplever jag faktiskt faller mycket krokben för oss. Organisatoriskt och så har vi fast tilldelade vårdplatser. Jag har en vårdavdelning med 25 vårdplatser och så försöker vi anpassa vårt flöde till den förutsättningen. Istället för kanske ta ett steg tillbaka och säga. Hur borde vi organisera oss? Och det är väl ändå det kluster till att man försöker det. Men vi är fortfarande i den lösning vi fortfarande har vi kvar vårt tänk med det här tilldelade disponibla vårdplatser. Verkligheten ser ju inte ut så. Det ser inte ut så under året, inte under månaden, inte under veckan. Så här skulle vi verkligen behöva bli duktigare på att mer så här, Nej, men uppdraget till verksamheten är kanske mer, de skulle kanske uppleva det som mer flummigt. Men att du ska ha förmågan att ta hand om mellan 20–30 patienter av den här karaktären. Tillsammans med den här enheten. För vi vet ju också, trenden har varit att vårdavdelningar blivit mindre och mindre. Tyvärr inom en del områden. Och vi vet ju att de skapar

utmaningar till hur man löser det. En vård av det en liten vårdavdelning kostar egentligen mycket, mycket mer än en stor vårdavdelning och då måste vi också kanske börja diskutera mer. Hur löser vi det? Hur tänker vi det? Specialisering inom yrkeskategorier ställer också till det. Kanske måste jag våga prata om att specialisering inom omvårdnad är att jag kan jobba med tre olika flöden och inte ett. Det finns massor med grejer vi måste börja prata om för att lösa våra framtida problem. För verkligheten ser inte ut som vi organiserat oss och den är problematisk att ta i för där sitter kulturerna väldigt hårt i väggarna.

**Per Ek:**

Kulturer, flöden och vårdplatser. Är lite så att man sitter och myser här nu när man hör regionerna arbeta med frågan som utredare på Socialstyrelsen?

**Caroline Kevin:**

- Ja, men det tycker jag och det märks ju både Patrik och John har ju varit med arbetet också och är ju också en inspirationskälla till några av insatserna där målsättningen med nationell plan är att det faktiskt pågår väldigt mycket bra i regionerna och man försöker verkligen. Men man jobbar med väldigt olika saker, kommit väldigt olika långt, är ju att samla allt i den här planen. För att just de här tårtbitarna påverkar vårdplatser. Så det Patrik och John beskriver här med utskrivningsavdelning har vi med. Vi har också med det här med det du beskriver John, med att bredda kompetensen och kunna vårda andra. Det blir en mindre patientsäkerhetsrisk i utlokalisering. Små enheter kostar både mycket pengar men drar också mycket personalresurser, i sambemanna och så vidare. Och vårdintensitet har vi med. Vi var i Uppsala kikade på det så det är inspirerande.

**Per Ek:**

- Och vad tänker du, Caroline, är Socialstyrelsens roll i det här arbetet nu?

**Caroline Kevin:**

- Men jag tänker att vi behöver mycket närmare verksamheten. Dels har vi då intervjuat nationellt och träffat verksamheter så vi vet lite vad andra jobbar med. Men jag var hos hälso- och sjukvårdsdirektören och pratade om planen och så kan du nu vänligen bjuda in mig så jag får komma till alla regioner här nu så jag kan fråga målgruppen. Vad behöver ni från Socialstyrelsen? Men också sprida planen, kanske koppla ihop olika regioner i frågor som man vill jobba med där andra har gjort det. Att vi finns mycket närmre.

**Per Ek:**

- Och då tänker jag fråga Patrik, vad behöver ni från Socialstyrelsen?

**Patrik Bodeby:**

- Mycket det som är inne på här, det är ju den här samlade kunskapen som finns där ute. Socialstyrelsen har ju lite grann överblick just nu vad olika regioner jobbar med och vi jobbar ju nu väldigt aktivt med till exempel vårdintensitet. Det är lite det som John är inne på, det här med att man kan inte bara räkna antalet platser utan det handlar utifrån vilka patienter ligger i sängarna i förhållande till vad man normalt sett har, där det egentligen bara är en disponibel vårdplats, blir det en överbeläggning? Ja, det handlar lite mera när behovet av resurser överstiger tillgången på resurser så börjar det bli belastat och att titta på det i ett större perspektiv än bara antalet huvuden som ligger i sängarna. För det kan variera väldigt



mycket. Och små enheter är ju mycket, mycket mer sårbara än stora, det som John är inne på. Och att kunna då hitta de här dragspelen och inte fastna i det här är att om jag ska ha 25 vårdplatser, annars är det över eller under. Vidga perspektivet lite. Vad kan jag göra nu? Vi har inte riktigt lyckats riktigt koppla det till exakt vilka resurser man ska ha, men vi jobbar med frågan. KS jobbar ju med olika typer av avdelningar som vi vill jättegärna titta närmare på och se, för att hjälpa oss att försöka nyckla upp och hitta någon slags riktvärde för hur vi ska tänka, om vi tänker rätt.

#### **John Domenstam:**

- Det är lite det du sa det här med att man har liksom en fast gräns 25, 26 då det är överbeläggningar. Det är också någonting vi behöver våga diskutera om. Vi var på studiebesök förra året 2023 i Odense där man faktiskt har lite mer flexibelt tänk. Det bygger också på att man har ett team-tänk eller vårdbolagstänk. För ett vårdlag klarar av sju patienter då klarar man av åtta patienter under en kortare period så de hade ju mer en skala som var grön, gul och röd, vilket gjorde att det var det under 25, ja, då är det grönt. Mellan 25 och 28, då var det gult. Nu börjar bli tungt här. Men kliver man över 28, då blev det rött. Men det ger ju också att man kan ha en helt annan dialog planeringsmässigt. Okej, nu har ni legat på gult i två dagar. Vi behöver göra något där. Ni var bara upp och tangerade och gick ner igen. Inga problem, det löste sig. Men vi måste ha mer dragspel och flexibelt tänk i våra lösningar. Och då gäller inte bara vårdplatserna, det gäller även resurserna. Hur anställer folk i framtiden? Hur premierar vi att de har ett behov av att vår personal är flexibel? Vi behöver tänka brett i där. Hur sätter vi upp en organisation som faktiskt klarar av hur verkligheten ser ut, inte hur vi traditionellt organiserat oss.

#### **Patrik Bodeby:**

- Och där pratar du om något jätteviktigt. Ja, nog om det här med kompetensförsörjningen. Jag menar, jag har ett begränsat antal sjuksköterskor. Något vi har väldigt gott om, det är ju nyanlända personer som inte har en högre utbildning som skulle kunna göra jättemycket nytta i sjukvården. Vi skulle bara sänka tröskeln för att kunna komma in och se vilket fantastiskt yrke det här är och kanske leda in bra personer på att välja vården som yrke. Det är inte så hemskt som det beskrivs därute i media. Det är på många sätt en fantastisk arbetsplats. Vi får bara höra när saker och ting inte går bra. Inte att jag försöker att påstå att det inte finns utmaningar, att det inte finns arbetsmiljöproblem. Men att göra det här. Jag tycker att Västra Götalandsregionen, som redan innan pandemin tog ett beslut i politiken som började jobba med återinförandet av rollen sjukvårdsbiträden som gjorde det väldigt strukturerat och som såg just de här effekterna med att man fick in personer som kom in så att de kan säkra upp vår kompetensförsörjning så att folk kan vara med och bidra till vården.

#### **John Domenstam:**

- Jag tror också viktigt att prata om att man tänker, det handlar inte bara om omvårdnad i slutenvården och där behöver man också lyfta upp att man börjar tänka vad är det för team och inte bara omvårdnadsdelarna för att få det här att flyta? Det blev väldigt tydligt när man första vändan i Värmland tittade på patientnära vårdmodellen. Då var det ju bara omvårdnadspersonal med första vändan och då körde man i diket. Så det är liksom ett helt team runt den här processen så jag är med jättebra exempel Patrik. Men vi får inte glömma

bort att det finns även läkare. Det finns arbetsterapeuter och kuratorer som är med i vården runt i slutenvården och får in alla, för en gång väldigt fragmentiserad, på vårdavdelning som ansvarig för omvårdnadspersonalen, läkaransvarig tar hand om läkardelarna och köper in eller avropar kuratorer och annat och det blir väldigt svårt att få flyt om man liksom inte börjar tänka team som man gör på andra ställen. Det finns goda exempel i Sverige där man har börjat tänka mer team, hela teamet runt vården för att få bättre flyt.

**Patrik Bodeby:**

- Jag är helt med dig för att det är ju det här med det här att man pratar med vårdlagen, vårdteam, det är bara en liten del. Jag menar, om du har en sjuksköterska som har fem patienter men du inget stöd av någon annan eller om du har fler patienter men du har stödresurser i form av receptarier, läkarstöd, fysioterapeuter, utskrivningssjuksköterskor så påverkar ju det själva hanteringen av patienten. Samtidigt som det inte får bli för många resurser för då börjar du få samordningsproblem om man ska försöka hålla ihop det.

**Per Ek:**

- Så är det och det märks tydligt att frågan engagerar i Region Uppsala och Region Örebro län i alla fall. Eller vad säger du Caroline? Vi ska avsluta det här samtalet alldeles strax, men efter ha lyssnat på Region Uppsala och Region Örebro län, vad skulle du säga är den enskilt viktigaste åtgärden för att kunna komma åt fler vårdplatser?

**Caroline Kevin:**

- Jag skulle säga att nyckeln är tillsammans, ett litet begrepp som jag använt. Dels är det John beskriver just kring teamet men också samverkan, samarbete. Att inte gå ner i sitt stuprör brukar man säga. Skulle vilja se sugrör ibland när man går ner i sin del och bara ser sin del. Utan hur använder vi vår gemensamma resurs inom hälso- och sjukvården? Det innefattar kommunerna och samarbetet där. Patrik nämnde tidigt vård på rätt vårdnivå, extremt viktigt. Vi i svensk hälso-och sjukvård kostar väldigt mycket pengar. Så är det om man jämför internationellt och vi behöver förvalta de här pengarna på ett klokare sätt så att medborgarna får vård när de behöver.

**Per Ek:**

- Tack så jättemycket! Och med det vill jag tacka er som har deltagit i det här samtalet för er tid och till alla er som lyssnar för er tid. Vård när du behöver den är en viktig fråga för oss alla och vi kommer att återkomma till den i flera avsnitt i Socialstyrelsens podd På djupet. Men för nu. Jag heter Per Ek och jag tackar så mycket.