

Regionservice
Västra Götalandsregionen
2022-06-28

Utvärdering av vårdnära service

Slutrapport

Sammanfattning

Uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter innebär att servicemedarbetare övertar arbetsuppgifter från vårdpersonal, främst från undersköterskor och sjuksköterskor. Arbetet med uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter har pågått i mer än tio år i Västra Götalandsregionen. Under de senaste åren har det varit politiskt prioriterat att öka takten i arbetet som ett sätt att stärka kompetensförsörjningen, minska arbetsbelastningen för vårdpersonalen och frigöra mer tid för patientnära uppgifter samt, i förlängningen, möjliggöra ett mer effektivt resursutnyttjande.

Initiativet *Avlastning genom vårdnära service* påbörjades 2021

I april 2021 beslutade personalutskottet att tillföra ca 37 miljoner kronor för att finansiera initiativet *Avlastning genom vårdnära service*. Syftet var att tillfälligt utöka omfattningen av vårdnära service på regionens sjukhus och därmed möjliggöra återhämtning för vårdpersonal i verksamheter som haft en långvarigt höjd arbetsbelastning till följd av covid-19 pandemin. Initiativet möjliggjorde anställning av motsvarande 128 årsarbetare från Regionservice, utöver de cirka 300 årsarbetare som redan tidigare arbetade med vårdnära service. Totalt har cirka 90 verksamheter på tio sjukhus i regionens samtliga sjukhusförvaltningar tagit del av stödet. I januari 2022 beslutade regionstyrelsen att tillföra ytterligare 57 miljoner kronor för att finansiera en förlängning av initiativet till september 2022.

Professionerna får möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens

Under hösten 2021 genomfördes en bred uppföljning av initiativet. Uppföljningen visar att det finns ett brett stöd bland både vårdmedarbetare och vårdenhetschefer för uppgiftsväxlingen, och att även i framtiden fortsätta arbeta på detta sätt. Uppföljningen visar vidare att det huvudsakliga syftet med initiativet uppnåts – exempelvis upplever fler än åtta av tio vårdmedarbetare att deras möjligheter till återhämtning har stärkts. Avlastning genom vårdnära service kan därför fungera som en pusselbit i arbetet mot en långsiktigt hållbar arbetsmiljö.

Initiativet har också medfört ett mer effektivt kompetensutnyttjande. Nio av tio vårdmedarbetare, och samtliga intervjuade vårdenhetschefer, uppger att initiativet medfört att vårdpersonalens kompetens används på ett bättre sätt. Uppgiftsväxlingen har haft en direkt effekt i form av frigjord tid för undersköterskor, genom att servicepersonal övertagit uppgifter som normalt utförs av denna yrkeskategori. Initiativet har också haft en indirekt effekt i form av frigjord tid för sjuksköterskor, genom att undersköterskor kunnat överta arbetsuppgifter som både sjuksköterskor och undersköterskor kan utföra. Vårdenhetschefer anser vidare att patientsäkerheten har stärkts som en följd av minskad stress hos vårdens medarbetare samt en förbättrad kvalitet i servicetjänsterna.

Sammantaget visar uppföljningen att kvaliteten och effektiviteten i vården ökar samtidigt som arbetsmiljön stärks när olika professioner arbetar på toppen av sin kompetens. På längre sikt kan detta medföra ytterligare positiva effekter och underlätta kompetensförsörjningen. Införandet av vårdnära service bör därför utvärderas som en långsiktig investering i förändrade arbetssätt. Uppföljningen har inte omfattat kostnadseffektivitet i införandet av vårdnära servicetjänster – detta bör därför undersökas vidare. Utvärdering av kostnadseffektivitet förutsätter dock framtagande av en ny effekthemtagningsmodell, som tar hänsyn till långsiktiga effekter av uppgiftsväxling.

Fortsatt uppgiftväxling kan frigöra mer tid för vårdpersonal

I denna rapport har den kvarvarande potentialen för uppgiftsväxling avseende måltids- och livsmedelshantering, patienttransporter samt ett antal olika städtjänster uppskattats för de sjukhus som ingått i initiativet. Uppgiftsväxling har påbörjats i varierande utsträckning vid de olika sjukhusen. Vid Södra Älvsborgs sjukhus har man påbörjat uppgiftsväxling av knappa 40 procent av tjänsterna medan NU-sjukvården har kommit längst och påbörjat växling av närmare 70 procent av tjänsterna.

Vidare finns en kvarvarande potential i fråga om de tjänster där uppgiftsväxling påbörjats, men inte fullt ut hanteras av servicemedarbetare. Exempelvis har uppgiftsväxling av mellanstäd av behandlings- och undersökningsrum på akutmottagning påbörjats vid samtliga förvaltningar, men majoriteten av uppgifterna utförs ändå av vårdpersonal. Sammantaget finns en stor potential att frigöra tid för vårdpersonal till patientnära uppgifter. Den kvarvarande potentialen inom fem vårdnära servicetjänster har i denna kartläggning skattats till omkring 12 000 timmar per vecka. Om hela den kvarvarande potentialen kunde realiseras hade den frigjorda tiden motsvarat närmare 490 heltidsanställda undersköterskor och sjuksköterskor i Västra Götalandsregionen. Lokala förutsättningar och beroenden påverkar förutsättningarna för uppgiftsväxling och för att värdera hur stor del av den kvarvarande potentialen som är ändamålsenlig att växla över till servicemedarbetare behövs fördjupade analyser och en fortsatt dialog mellan sjukhusen och Regionservice.

Rekommendation – Säkerställ att potentialen för uppgiftsväxling av vårdnära service tillvaratas

Uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter medför en förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal och ett bättre kompetensnyttjande samtidigt som kvaliteten och effektiviteten i vård- och servicearbetet stärks. Hittills har det vårdnära servicearbetet i Västra Götalandsregionen vuxit fram organiskt under lång tid och utökats vid avgränsade, tillfälliga initiativ som *Avlastning genom vårdnära service*. Detta har medfört att olika förvaltningar kommit olika långt i arbetet och att omfattningen av vårdnära servicetjänster varierar inom regionen. För att tillvarata potentialen är det angeläget att ta ett samlat grepp om den fortsatta utvecklingen av tjänsterna. Detta innefattar att besluta om en långsiktig inriktning och att anpassa uppdrag och styrmodeller för att stödja den önskade utvecklingen. Följande utgångspunkter är av särskild vikt för det fortsatta arbetet:

- **Vårdnära serviceuppgifter bör utföras i enlighet med regiongemensamma standarder**
- **Vårdnära servicetjänster bör tillhandahållas av servicemedarbetare i en samlad serviceorganisation**
- **Fortsatt införande och utveckling av vårdnära service bör genomföras i ett nära partnerskap mellan vård- och serviceförvaltningarna**

Följande förslag på åtgärder syftar till att etablera nödvändiga förutsättningar för den fortsatta utvecklingen av vårdnära service i Västra Götalandsregionen:

- **Tydliggör uppdrag avseende vårdnära servicetjänster i reglementen för berörda styrelser**
- **Utveckla den regionala ekonomistyrningen för att främja ett effektivt resursnyttjande**

Innehåll

Sammanfattning	2
Innehåll.....	4
Begreppslista	6
1. Bakgrund.....	8
1.1 Uppgiftsväxlingen av vårdnära service har ökat under senare år	8
1.2 Uppgiftsväxling av vårdnära service ger positiva effekter	9
1.3 Regionstyrelsen har beslutat om en utvärdering av vårdnära service	9
1.4 Rapportens disposition	9
2. Genomförande av utvärderingen	10
2.1 Samarbete mellan Regionservice och sjukhusförvaltningarna	10
2.2 Utvärderingens avgränsningar	12
3. Nulägesanalys.....	13
3.1 Detaljerad kartläggning av nuläge och kvarvarande potential	13
3.2 Uppgiftsväxling har påbörjats i hela regionen men den kvarvarande potentialen är stor	13
3.3 Patienttransporter har uppgiftsväxlats i störst utsträckning.....	16
3.4 Utökad uppgiftsväxling under pandemin	18
3.5 Mer tid kan frigöras för vårdpersonal genom fortsatt uppgiftsväxling.....	19
4. Effekter av uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter	23
4.1 Uppföljning av initiativet <i>Avlastning genom vårdnära service</i> , hösten 2021	23
4.2 Uppgiftsväxling av vårdnära service leder till en rad positiva effekter	23
5. Slutsatser	29
5.1 Införande av vårdnära service ökar kvaliteten och effektiviteten i vården samtidigt som arbetsmiljön stärks	29
5.2 Det finns en stor kvarvarande potential att frigöra genom att låta medarbetare arbeta på toppen av sin kompetens.....	30
5.3 Införande av vårdnära service bör utvärderas som en långsiktig investering i förändrade arbetssätt.....	30
5.4 Konceptet vårdnära service kan utvecklas	31
5.5 Införande av vårdnära service medför en fortsatt professionalisering av arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården.....	32
5.6 Den nuvarande ekonomistyrningen hindrar utvecklingen av vårdnära service.....	33
6. Rekommendation – Säkerställ att potentialen för uppgiftsväxling av vårdnära service tillvaratas	34
6.1 Utgångspunkter för fortsatt arbete.....	34
6.2 Förslag på åtgärder för genomförande	35
7. Litteraturförteckning	36
Bilaga 1. Metodbeskrivning för kartläggning av vårdnära service	37

Förberedelser	37
Datakällor och datainsamling	38
Tidsskattningar	42
Begränsningar	42
Bilaga 2. Beskrivning av vårdnära servicetjänster	45
Bilaga 3. Verksamheter som ingått i kartläggningen av vårdnära service	47
Måltids- och livsmedelsförsörjning	47
Patienttransporter	49
Dagligt patientnära städ	51
Slutstäd av vårdplats på vårdavdelning	53
Mellan- och slutstäd på operation och förlossning	55
Mellanstäd av behandlings- och undersökningsrum på akutmottagning	56

Begreppslista

Begrepp	Förklaring
Effektiv arbetstid	Den tid som det tar att utföra de vårdnära servicetjänster som avses. Begreppet inkluderar enbart den tid då arbetet pågår. Stålltid som kan uppstå exempelvis mellan två patienttransporter är exkluderad. Skattningar av effektiv arbetstid har gjorts för städtjänster och patienttransporter.
Initiativet	Avser här initiativet <i>Avlastning av vårdpersonal genom vårdnära service</i> om inget annat anges. Initiativet har finansierats av personalutskottet och regionstyrelsen.
Kartläggningen/ nulägesanalysen	Med dessa begrepp avses sammanställning och beräkning över Regionservice nuvarande leveranser av vårdnära servicetjänster samt det totala behovet av dessa tjänster. För att skatta det totala behovet har antaganden gjorts utifrån vårddata i så stor utsträckning som möjligt, för att inte belasta vården.
Kvarvarande potential / kvarvarande potential för uppgiftsväxling	Ett teoretiskt mått som speglar omfattningen av vårdnära service som vårdpersonal/vårdavdelningens egna anställda personal i dagsläget ansvarar för, som skulle kunna genomföras av servicemedarbetare från Regionservice. Lokala förutsättningar och faktorer påverkar i vilken grad den kvarvarande potentialen kan uppgiftsväxlas, vilket inte analyserats i kartläggningen.
Leveranser	Med leveranser avses här den vårdnära service som tillhandahålls av Regionservice, angett som antal timmar, antal städ eller antal patienttransporter.
Påbörjade uppgiftsväxlingar	Avser här leveranser av vårdnära servicetjänster som helt eller delvis genomförs av servicemedarbetare från Regionservice inom ramen för SÖK eller initiativet. Vid en påbörjad uppgiftsväxling utför utbildade servicemedarbetare i någon mån tjänsten vid avdelningen/mottagningen/ sjukhustomten, men detta motsvarar inte nödvändigtvis det fulla behovet.
Ej påbörjade uppgiftsväxlingar	Avser här vårdnära serviceuppgifter som inte genomförs av servicemedarbetare från Regionservice. I rapporten beskrivs dessa uppgifter som vårdpersonalens ansvar. Måttet tar inte hänsyn till eventuella lokala uppgiftsväxlingsinitiativ, till exempelvis växling av serviceuppgifter till vårdbiträden och ekonomibiträden.
Regionservice nuvarande leveranser	Avser de vårdnära servicetjänster som utförs av servicemedarbetare från Regionservice.

Servicemedarbetare	Medarbetare som är anställd och har utbildning för att genomföra serviceuppgifter. Avser i denna rapport servicemedarbetare från Regionservice, om inget annat anges.
SÖK / Service-överenskommelse	SÖK är en förkortning för serviceöverenskommelse. Detta är ett ettårigt avtal mellan Regionservice och respektive sjukhusförvaltning över vilka servicetjänster som Regionservice ska leverera till sjukhusen under året. Vid sidan av serviceöverenskommelsen kan så kallade tilläggsöverenskommelser tecknas.
Tillgängliga tjänsteleveranser	Avser här tillhandahållandet av en viss tjänst till en viss verksamhet. Antalet tillgängliga tjänsteleveranser är lika med antalet tjänster multiplicerat med antalet verksamheter dessa tjänster potentiellt skulle kunna levereras till. Se även ”växlingsbara tjänster”.
Uppgiftsväxling	Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper innebär att en yrkesgrupp lämnar ifrån sig en definierad uppgift de tidigare utfört och haft ansvar för till en annan yrkesgrupp. I denna rapport används begreppet för att beskriva uppgiftsväxling av arbetsuppgifter från vårdpersonal till servicemedarbetare, om inget annat anges.
Vårdnära service (VNS)	Avser de arbetsuppgifter som utförs på en vårdenhets som är kopplade till den service som levereras.
Vårdnära servicetjänster	Definierade tjänstekoncept där en rad arbetsuppgifter ingår. Regionservice erbjuder vårdnära servicetjänster inom områdena lokalvård, måltidshantering, patienttransporter samt materialförsörjning.
Vårdnära serviceuppgifter	Arbetsuppgifter som kan utgöra en del av en vårdnära servicetjänst eller en hel tjänst.
Växlingsbara tjänster	Avser här de tjänster som skulle kunna uppgiftsväxlas från vårdpersonal till servicemedarbetare multiplicerat med antalet verksamheter dessa tjänster potentiellt skulle kunna levereras till. Se även ”tillgängliga tjänsteleveranser”.

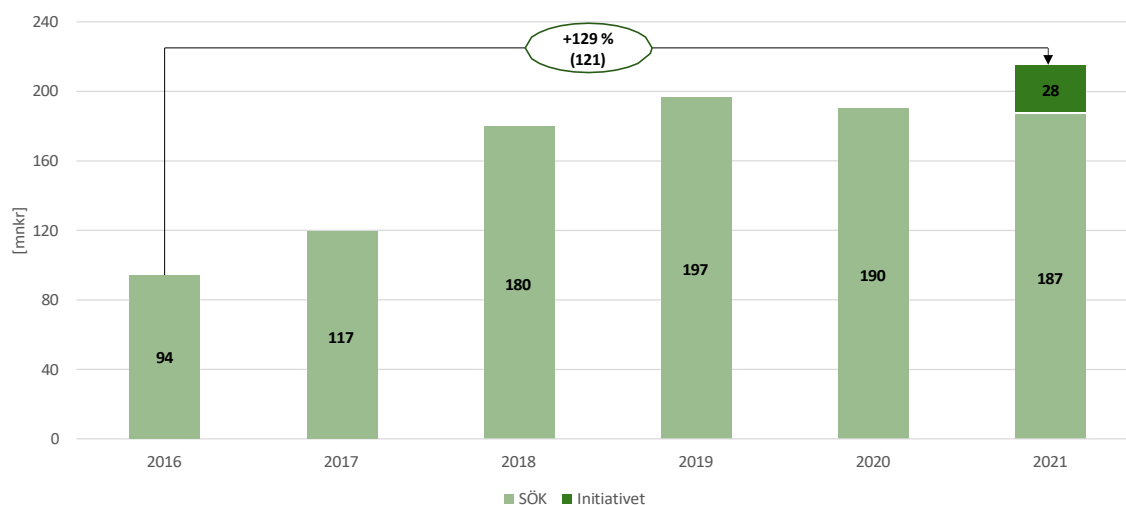
1. Bakgrund

I detta kapitel ges en kort bakgrund till den föreliggande utvärderingen av vårdnära service. I kapitlet beskrivs också kortfattat det hittillsvarande arbetet med vårdnära service i Västra Götalandsregionen.

1.1 Uppgiftsväxlingen av vårdnära service har ökat under senare år

Uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter innebär att servicemedarbetare övertar arbetsuppgifter från vårdpersonal, främst från undersköterskor och sjuksköterskor. Arbetet med uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter har pågått i mer än tio år i Västra Götalandsregionen. Under de senaste åren har det varit politiskt prioriterat att öka takten i arbetet som ett sätt att stärka kompetensförsörjningen. Bland annat lyfts uppgiftsväxling fram i regionens budget för år 2021 som en metod för att minska arbetsbelastningen för vårdpersonalen och frigöra mer tid för patientnära uppgifter samt i förlängningen möjliggöra ett mer effektivt resursutnyttjande. [1] Idag levererar Regionservice vårdnära servicetjänster till samtliga sjukhusförvaltningar och omfattningen av Regionservice leveranser fördubblades mellan 2016 och 2021 sett till fakturerat belopp¹. Utöver de tjänster som fakturerades förvaltningarna, levererades under juni–december 2021 vårdnära servicetjänster motsvarande drygt 28 miljoner kronor inom initiativet *Avlastning genom vårdnära service*, som finansierats av personalutskottet (Figur 1).

Figur 1. Regionservice fakturerade belopp för vårdnära servicetjänster inom serviceöverenskommelser (SÖK), 2016–2021 samt kostnad för initiativet, 2021



Syftet med initiativet *Avlastning genom vårdnära service* var att tillfälligt utöka omfattningen av vårdnära service på regionens sjukhus och därmed möjliggöra återhämtning för vårdpersonal i verksamheter som haft en långvarigt höjd arbetsbelastning till följd av covid-19 pandemin. Initiativet har möjliggjort anställning av motsvarande 128 årsarbetare

¹ Data avser intäkter för vårdnära servicetjänster inkluderat leveranser inom området ”effektiv arbetsplats”, ”påfyllning av livsmedel”, ”påfyllning förråd material”, ”påfyllning förråd textilier” samt ”patienttransporter” samt ”rena vårdlokaler”

från Regionservice², utöver de 300 årsarbetare som redan tidigare arbetade med vårdnära service. Cirka 90 verksamheter på tio sjukhus i regionens samtliga sjukhusförvaltningar har tagit del av stödet. Totalt omfattade stödet från personalutskottet 36,8 miljoner kronor för perioden juni 2021 – januari 2022. Att hela beloppet inte nyttjades har bland annat berott på lägre genomsnittliga lönekostnader än i preliminära kostnadsanalyser samt att introduktion av servicemedarbetare skedde successivt under hösten. Vidare har kostnaderna minskat något på grund av frånvaro (i form av exempelvis semester, sjukfrånvaro och Vård av barn, VAB).

1.2 Uppgiftsväxling av vårdnära service ger positiva effekter

Under hösten 2021 genomfördes en bred uppföljning av initiativet *Avlastning genom vårdnära service* i syfte att förstå vilka effekter den utökade uppgiftsväxlingen gett upphov till. Resultaten från uppföljningen redovisades till servicenämnden i en slutrapport vid nämndens sammanträde i januari 2022 [2]. Sammantaget visar uppföljningen på tre huvudsakliga effekter av uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter:

- Förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen
- Bättre nyttjande av kompetensen
- Ökad kvalitet och effektivitet i vård- och servicearbetet

1.3 Regionstyrelsen har beslutat om en utvärdering av vårdnära service

I januari 2022 beslutade regionstyrelsen att tillföra ytterligare 57 miljoner kronor för att finansiera en förlängning av initiativet *Avlastning genom vårdnära service* fram till den 30 september 2022. Bakgrunden var den fortsatt höga arbetsbelastningen vid regionens sjukhus samt de goda resultat som framkom i uppföljningen av initiativet.

Från den 1 oktober 2022 upphör den tillfälliga finansieringen och fortsatta leveranser av vårdnära service blir en fråga som ska hanteras inom ordinarie process för serviceöverenskommelse mellan sjukhusens förvaltningar och Regionservice. Mot denna bakgrund uppmantade regionstyrelsen i januari 2022 servicenämnden att i nära dialog med sjukhusförvaltningarna genomföra en kompletterande utvärdering av vårdnära servicetjänster. Syftet är att ta fram en långsiktig inriktning för hur vårdnära service ska levereras vid regionens sjukhus framåt.

1.4 Rapportens disposition

Denna rapport redovisar genomförande, resultat och slutsatser från utvärderingen av vårdnära service. I kapitel 2 redogörs för utvärderingens genomförande. I kapitel 3 beskrivs nuläget i införandet av vårdnära service vid Västra Götalandsregionens sjukhus. I kapitel 4 beskrivs vilka effekter uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter gett upphov till. I

² Siffran avser antalet årsarbetare som finansieringen har möjliggjort. En summering av stödet visar att det är motsvarande cirka 119 årsarbetare som har avlastat vården inom initiativet.

kapitel 5 dras slutsatser utifrån status i införandet av vårdnära service samt observerade effekter av uppgiftsväxlingen. I kapitel 6 ges avslutningsvis en rekommendation för den fortsatta utvecklingen av vårdnära service.

2. Genomförande av utvärderingen

I detta kapitel beskrivs hur utvärderingen har genomförts.

2.1 Samarbete mellan Regionservice och sjukhusförvaltningarna

Utvärderingen har letts av Regionservice och genomförts i samarbete med sjukhusförvaltningarna, som bland annat tillhandahållit data och deltagit i avstämningar. Arbetet inleddes med presidiedialoger mellan servicenämnden och respektive sjukhusförvaltnings utförarstyrelse. Under dialogerna identifierades fyra frågeställningar som utgångspunkt för utvärderingen:

- I vilken utsträckning har vårdnära service införts vid sjukhusen?
- Vilka effekter ger uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter upphov till?
- Vilka slutsatser kan dras utifrån status i införandet av vårdnära service samt observerade effekter av uppgiftsväxlingen?
- Vad bör den gemensamma inriktningen för utveckling av vårdnära service vara framåt?

Utvärderingen har därefter genomförts i tre övergripande faser:

- Förberedelser
- Datainsamling och analys
- Framtagande av slutsatser och rekommendation

Förberedelser

I denna fas hölls ett inledande arbetsmöte mellan servicesamordnare från Regionservice och servicesansvarig vid NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus, Sjukhusen i Väster samt Södra Älvsborgs sjukhus i syfte att enas om ansats för utvärderingen och konkretisera genomförandet. I denna fas definierades exempelvis:

- i) vilka tjänster som skulle omfattas av utvärderingen – måltids- och livsmedelshantering, patienttransporter, dagligt patientnära städ, slutstäd av vårdplats på vårdavdelning, mellanstäd av undersöknings- och behandlingsrum på akutmottagning samt mellan- och slutstäd på operation och förlossning
- ii) vilka verksamheter som skulle inkluderas – slutenvårdsverksamheter och relevanta öppenvårdsverksamheter vid regionens sjukhus
- iii) metoder för datainsamling, samt
- iv) tidplan och process för utvärderingen

Kontaktpersoner utsågs vid varje sjukhusförvaltning och vid respektive område inom Regionservice. En arbetsgrupp från Regionservice etablerades också, med ansvar för processledning och koordinering av det samlade utvärderingsarbetet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset anslöt i ett senare skede till arbetet och samma analysmodell som för övriga förvaltningar användes även vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Datainsamling och analys

För att kartlägga i vilken utsträckning vårdnära service har införts vid regionens sjukhus har flera typer av data samlats in. För att kartlägga Regionservice nuvarande leveranser av vårdnära service har data samlats in från webbverktyget Columna samt kompletterats med uppskattningar från servicechefer och servicemedarbetare. För att uppskatta det fulla behovet av respektive tjänst har huvudsakligen kvantitativa datakällor i form av vårddata som tillhandahållits av sjukhusförvaltningarna använts. Motivet bakom detta var att inte belasta vårdverksamheter med tidskrävande uppskattningar av i hur stor utsträckning vårdpersonalen själva utför vårdnära serviceuppgifter. I de fall där det inte har varit möjligt att skatta det fulla behovet av en tjänst med hjälp av vårddata har kvalitativa uppskattningar genomförts av vårdverksamheter och Regionservice (för detaljerad metodbeskrivning se Bilaga 1). Utifrån datainsamlingen genomfördes en analys där omfattningen av Regionservice nuvarande leveranser jämfördes mot det fulla behovet av respektive tjänst. Differensen mellan dessa (det vill säga, fullt behov minus nuvarande leveranser) har definierats som den *kvarvarande potentialen* för fortsatt uppgiftsväxling av vårdnära service.

Analyserna har gjorts både på regionövergripande nivå samt för respektive sjukhusförvaltning. Resultaten från analyserna presenteras i kapitel 3.

För två tjänster som ingått i kartläggningen saknas ännu skattningar av kvarvarande potential för uppgiftsväxling i majoriteten av förvaltningarna. Detta gäller tjänsterna mellan- och slutstöd på operation och förlossning. Kartläggningen för respektive förvaltning kommer därmed kompletteras med denna information i ett senare skede. Notera att dessa två tjänster inte heller ingår i de tidsskattningar som presenteras i rapporten, då tidsåtgången varierar mycket beroende på operationssalarnas storlek och typ av ingrepp.

Analyserna har presenterats för serviceansvariga vid respektive sjukhusförvaltning, som getts möjlighet att kvalitetssäkra och inkomma med synpunkter på innehållet. Eftersom Sahlgrenska Universitetssjukhusets deltagande i kartläggningen påbörjades senare än övriga förvaltningar har det inte varit möjligt att presentera samtliga analyser för Sahlgrenska Universitetssjukhuset på grund av tidsbrist. Vid det möte som genomfördes med Sahlgrenska Universitetssjukhuset framförde representanter för förvaltningen att de inte kan verifiera och därmed stå bakom de delar av resultatet som återredovisades vid det tillfället. De huvudsakliga skälen som angavs var att: 1) vårdavdelningar och -mottagningar i de flesta fall inte varit delaktiga i skattningar av kvarvarande potential (där i stället vårddata använts), 2) det inte är säkert att det går att uppnå uppgiftsväxling i nivå med den kvarvarande potential som redovisas, på grund av beroenden inom verksamheterna som inte kartlagts, 3) lokala modeller för uppgiftsväxling har inte ingått i kartläggningen, 4) ekonomiska perspektiv och möjligheter till effekthemtagning inte belysts tillräckligt. Motsvarande synpunkter har inte lämnats från övriga förvaltningar.

För att besvara vilka effekter uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter ger upphov till har resultaten från höstens uppföljning av initiativet *Avlastning av vårdpersonal genom vårdnära service* använts. En närmare beskrivning av metoder och resultat från uppföljningen presenteras i Kapitel 4.

Framtagande av slutsatser och rekommendation

I denna fas utarbetades samlade slutsatser och en rekommendation utifrån status i införandet av vårdnära service samt observerade effekter av den uppgiftsväxling som genomfördes inom ramen för initiativet *Avlastning av vårdpersonal genom vårdnära service*.

Slutsatser och rekommendationer har tagits fram av Regionservice, och förankrats med servicenämnden.

2.2 Utvärderingens avgränsningar

Kartläggningen av leveranser av vårdnära servicetjänster som presenteras i kapitel 3 har avgränsats till att omfatta sju vårdnära servicetjänster. Urvalet har skett baserat på två kriterier: i) tjänsten ska vara etablerad och idag levereras till sjukhusförvaltningarna ii) det är prioriterat att utvärdera om det finns en kvarvarande potential för att utöka stödet inom tjänsten. Tjänsten *Materialförsörjning i vården*, vilken innefattar uppgifter som att fylla på förråd och att plocka upp tvätt, har exkluderats. Anledningen till detta är att Materialförsörjning i vården (MiV) 2.0 håller på att breddinföras i VGR. Breddinförandet kommer dock ske successivt under kommande år och fram tills dess att tjänsten är fullt ut etablerad kommer det att finnas ett kvarstående behov av att nyttja dessa tjänster. Detta speglas inte i kartläggningen i denna rapport. Kartläggningen har fokuserat huvudsakligen på etablerade tjänster som är relevanta inom slutenvården. Framgent finns det även ytterligare vårdnära servicetjänster som Regionservice skulle kunna erbjuda till vården. Exempel på detta inkluderar bland annat mellan- och slutstäd av olika typer av undersöknings- och behandlingsrum inom öppenvården samt mellan- och slutstäd av ambulans. Det finns vidare sannolikt en stor potential att utveckla nya vårdnära service-tjänster. Under arbetets gång har exempelvis transport av labprover, avfallshantering och plock av instrument för rutinoperationer utifrån fastställda plocklistor lyfts fram som potentiellt relevanta vårdnära servicetjänster (se vidare i kapitel 5).

Kartläggningen i kapitel 3 har avgränsats till att beskriva Regionservice nuvarande leveranser av vårdnära service samt att uppskatta det totala behovet av respektive tjänst. Skillnaden mellan det totala behovet och Regionservice leveranser benämns som *kvarvarande potential*. Hur stor del av dessa tjänster som är ändamålsenliga att växla över till servicemedarbetare från Regionservice har inte bedömts i kartläggningen. Detta är en komplex fråga som påverkas av en rad olika faktorer som ofta varierar inom och mellan olika förvaltningar, kopplat till lokala förutsättningar. En sådan analys medför ett omfattande arbete, som hade tagit mer tid i anspråk samt inneburit en stor administrativ börda för vården. Det krävs därmed en fortsatt dialog mellan sjukhusen och Regionservice och fördjupade lokala analyser för att belysa detta närmare.

Vilka effekter som uppgiftsväxling av vårdnära service ger upphov till belystes i en bred uppföljning av initiativet *Avlastning genom vårdnära service* under hösten 2021. De effekter som presenteras i kapitel 4 i denna rapport utgår från resultatet i uppföljningen. Uppföljningen hösten 2021 omfattade inte analyser av kostnadseffektivitet, vilket medför ett behov av att framöver analysera även sådana aspekter av vårdnära service. Detta förutsätter dock framtagande av en ny effekthemtagningsmodell, som tar hänsyn till långsiktiga effekter av uppgiftsväxling, som ofta är svåra att kvantifiera (se vidare i kapitel 4).

3. Nulägesanalys

I detta kapitel beskrivs resultaten från kartläggningen av vårdnära service i Västra Götalandsregionen. Nulägesanalysen har omfattat sju vårdnära servicetjänster. Respektive tjänst har kartlagts för avdelningar, mottagningar och/eller operationsverksamheter där tjänsten har bedömts vara potentiellt relevant. För ytterligare analysresultat, se även den separata bilagan "Utvärdering av vårdnära service – fördjupade analysresultat".

3.1 Detaljerad kartläggning av nuläge och kvarvarande potential

För Västra Götalandsregionen som helhet har kartläggningen omfattat sju vårdnära servicetjänster, vid fem förvaltningar. De sju tjänsterna är³:

- Måltids- och livsmedelshantering*
- Patienttransporter*
- Dagligt patientnära städ*
- Slutstäd av vårdplats på vårdavdelning*
- Mellanstäd av behandlings- och undersökningsrum på akutmottagning*
- Mellanstäd på operation och förlossning
- Slutstäd på operation

För tjänster med markerade med en stjärna i listan ovan (*) har det varit möjligt att skatta i hur stor utsträckning tjänsten genomförs av servicemedarbetare från Regionsservice respektive vårdpersonal/vårdavdelningens egna anställda personal⁴, och därmed bedöma den kvarvarande potentialen för uppgiftsväxling. Nedan presenteras fyra övergripande insikter för Västra Götalandsregionen som helhet utifrån den genomförda kartläggningen.

3.2 Uppgiftsväxling har påbörjats i hela regionen men den kvarvarande potentialen är stor

Inom samtliga sjukhusförvaltningar pågår ett arbete med uppgiftsväxling av vårdnära service. Olika förvaltningar har dock kommit olika långt och sett till hela regionen har uppgiftsväxling påbörjats för cirka hälften av de växlingsbara tjänsterna. Att uppgiftsväxling påbörjats innebär att servicemedarbetare i någon mån utför den kartlagda tjänsten, men inte att de endast utförs av servicemedarbetare⁵. En del av uppgifterna kan således fortfarande utföras av vårdpersonal. I de verksamheter där uppgiftsväxling inte har på-

³ Övergripande beskrivningar av dessa tjänster finns i bilaga 2 och de verksamheter som ingått i kartläggningen anges i bilaga 3

⁴ När vi på följande sidor skriver servicemedarbetare avses servicemedarbetare från Regionsservice. I analysen görs antagandet att vårdpersonal genomför arbetsuppgifterna i de fall dessa inte levereras av Regionsservice, men lokala lösningar med exempelvis vårdbiträden kan förekomma.

⁵ Omfattar uppgiftsväxling både inom SÖK och initiativet. Notera dock att inom SU, samt för vissa tjänster inom NU-sjukvården, har leveranserna inom initiativet setts som en temporär avlastning som inte kommer att kvarstå. Notera vidare att påbörjad uppgiftsväxling av patienttransporter redovisas per sjukhustomt/område, liksom mellan- och slutstäd på operation i ett par förvaltningar. Övriga tjänster redovisas per avdelning/mottagning som har påbörjat uppgiftsväxling.

börjats utföras de vårdnära serviceuppgifterna inom den kartlagda tjänsten uteslutande av vårdavdelningens egen personal.

Vidare visar analyserna att det i flera av de verksamheter som får stöd finns potential för ytterligare avlastning av vårdpersonal. Enligt skattningarna står servicemedarbetare i dag för cirka 35 procent av den vårdnära service som behövs inom utvalda tjänster, medan resterande 65 procent fortsatt är vårdens ansvar⁶. Tid skulle därmed gå att frigöra för vårdpersonal genom att utöka de tidsfönster då servicemedarbetare finns tillgängliga, eller genom ökad bemanning under tider med stort behov av olika vårdnära servicetjänster. Potentialen för frigjord tid beskrivs i större detalj längre ned. Notera att det finns begränsningar i analyserna som beskrivs utförligt i metodbilagan (Bilaga 1).

Förvaltningarna i Västra Götalandsregionen har kommit olika långt i arbetet med uppgiftsväxling av vårdnära service. Dessa skillnader handlar bland annat om den totala omfattningen av uppgiftsväxling, men även om vilka tjänster man valt att fokusera på och därmed har uppgiftsväxlat i störst utsträckning. NU-sjukvården är den förvaltning som har kommit längst i uppgiftsväxlingen av vårdnära serviceuppgifter. Andelen påbörjade uppgiftsväxlingar är här närmare 70 procent, vilket innebär att en majoritet av verksamheterna har tillgång till stöd från Regionservice i någon utsträckning. Servicemedarbetare står även för en relativt stor del av det totala behovet av vårdnära service - över 60 procent av de vårdnära serviceuppgifterna uppskattas utföras av servicemedarbetare inom NU-sjukvården.⁷

Lägst andel påbörjade uppgiftsväxlingar finns på Södra Älvsborgs sjukhus, där mindre än 40 procent av de vårdnära serviceuppgifterna som ingått i kartläggningen har växlats i någon utsträckning. Sett till det totala behovet av vårdnära service uppskattas omkring 30 procent av de vårdnära serviceuppgifterna genomföras av servicemedarbetare⁸. Att en större andel av verksamheterna har tillgång till tjänsterna inom andra förvaltningar betyder inte att en större del av behovet möts. På Skaraborgs sjukhus har uppgiftsväxling påbörjats för en större andel av de växlingsbara tjänsterna, drygt 50 procent, men servicemedarbetarnas leveranser motsvarar en mindre del av det totala behovet av vårdnära service. Uppskattningsvis genomförs knappt 15 procent av de vårdnära serviceuppgifterna som ingår i kartläggningen av servicemedarbetare på Skaraborgs sjukhus⁹ (Figur 2 och Figur 3). Skaraborgs sjukhus är därmed den förvaltning som har växlat minst andel av det totala behovet av de tjänster som ingått i denna kartläggning.

Notera att den vårdnära servicetjänsten *Materialförsörjning i vården* inte har inkluderats i denna kartläggning. Detta mot bakgrund av att beslut redan har fattats om att tjänsten ska breddinföras inom slutenvården i hela regionen under kommande år. Skaraborgs sjukhus har sedan länge arbetat med uppgiftsväxling av tjänsten och är först i regionen med att uppnå ett breddinförande. Förvaltningen har därmed kommit längre i sin uppgiftsväxling

⁶ Mätt som andelar av den totala tid som åtgår till dessa uppgifter. Avser fem tjänster, där följande schablontider för genomsnittlig tidsåtgång har använts: 5 min/dagligt patientnära städ, 15 min/patienttransport, 30 min/slutstäd av vårdplats och 12 min/mellanstäd på akuten. Schablontiderna motsvarar effektiv arbetstid. För måltids- och livsmedelsförsörjning har skattningar av tidsåtgång i respektive förvaltning använts, vilket beskrivs närmare i bilaga 1.

⁷ Mätt som andelar av den totala tid som åtgår till dessa uppgifter i effektiv arbetstid

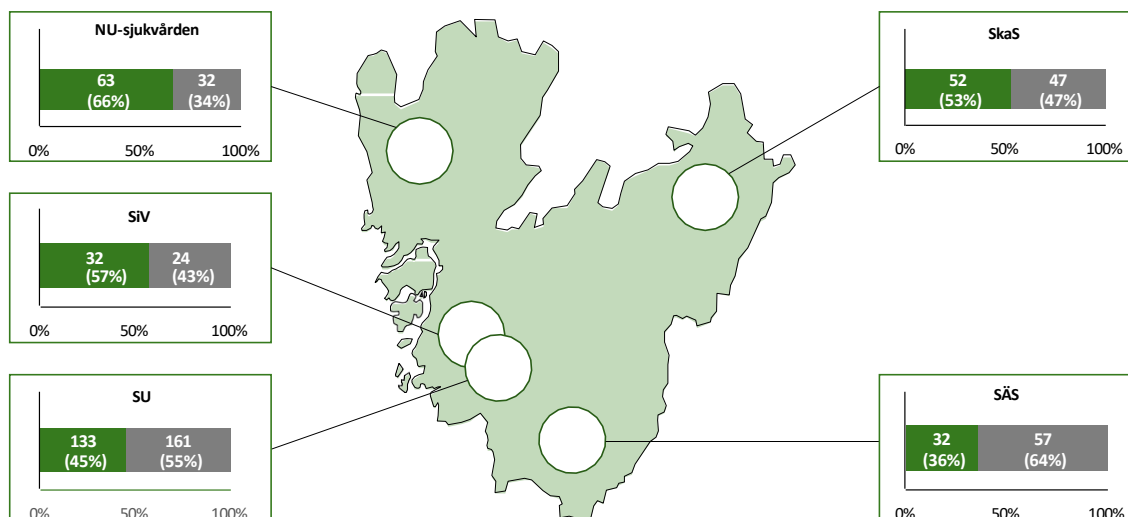
⁸ Mätt som andelar av den totala tid som åtgår till dessa uppgifter i effektiv arbetstid

⁹ Mätt som andelar av den totala tid som åtgår till dessa uppgifter i effektiv arbetstid

än vad som syns i denna kartläggning. Detta är även ett exempel på hur olika förvaltningar valt att fokusera på breddinförande av olika vårdnära servicetjänster.

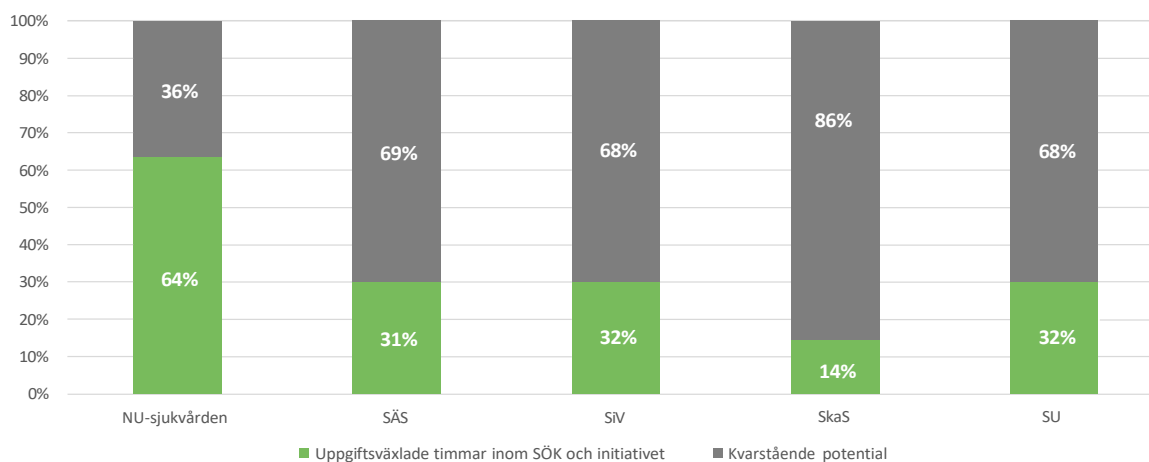
Figur 2. Andel påbörjade uppgiftsväxlingar av vårdnära service i VGR per förvaltning

n = antal växlingsbara tjänster/förvaltning



Figur 3. Andel av total tidsåtgång för vårdnära service som har uppgiftsväxlats, per förvaltning

Uppskattad andel av total tidsåtgång för vårdnära service (inom ramen för SÖK och initiativet) som växlats från vårdpersonal till servicemedarbetare samt kvarvarande potential. Avser tjänsterna måltids- och livsmedelshantering, patienttransporter, dagligt patientnära städ, slutstäd av vårdplats på vårdavdelning samt mellanstäd på akuten.

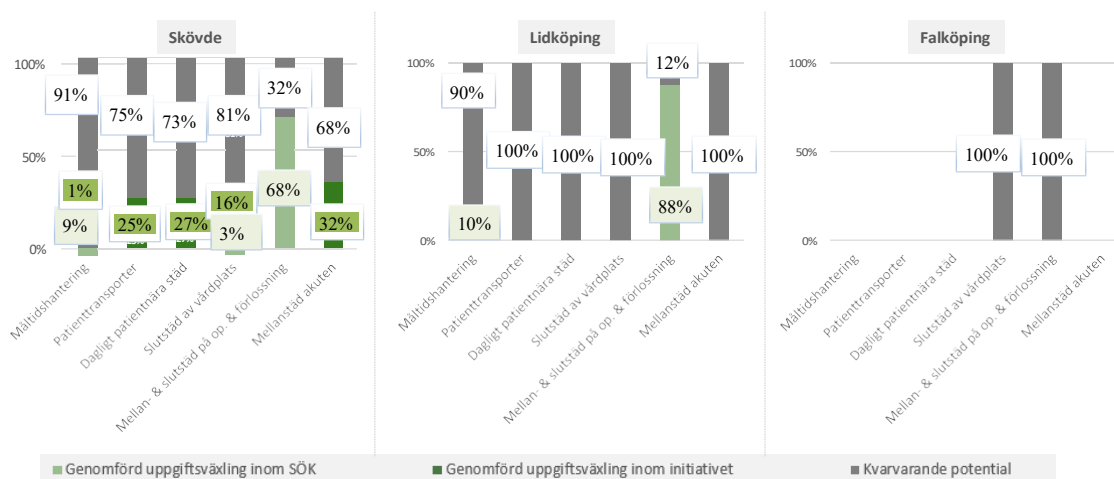


Även inom förvaltningarna finns skillnader mellan sjukhustomter och områden. Exempelvis har uppgiftsväxling påbörjats för samtliga tjänster på Skaraborgs sjukhus i Skövde som en följd av initiativet *Avlastning genom vårdnära service*, medan stöd erbjuds inom färre tjänster på sjukhuset i Lidköping och inte alls på sjukhuset i Falköping (Figur 4).

Motsvarande skillnader finns även inom andra förvaltningar. Dessa skillnader kan bland annat bero på olika förutsättningar för att skapa effektiva tjänster.

Figur 4. Andel uppgiftsväxlade VNS-leveranser, per tjänst och sjukhustomt på Skaraborgs sjukhus

Andel h/vecka inom måltidshantering, andel patienttransporter/vecka respektive andel städ/vecka för lokalvårdstjänster



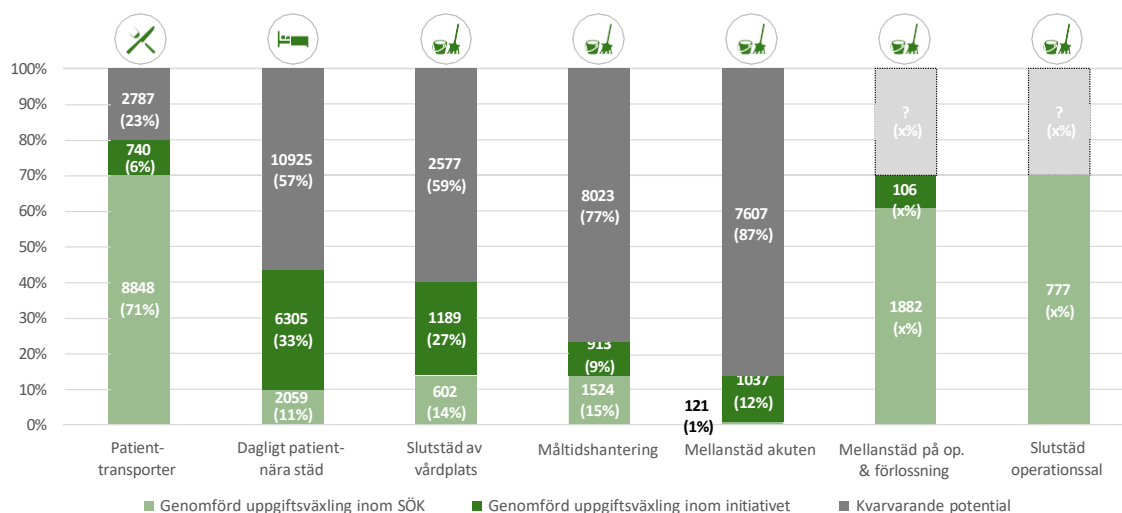
3.3 Patienttransporter har uppgiftsväxlats i störst utsträckning

Även sett till tjänster finns skillnader avseende i hur stor utsträckning dessa har växlats från vårdpersonal till servicemedarbetare. Vilka tjänster man valt att fokusera på att växla varierar i viss mån mellan förvaltningarna, men det finns samtidigt tydliga regiongemensamma mönster. Dessa visar att patienttransporter är den tjänst som har växlats i störst utsträckning, sett till hela regionen. Uppskattningarna tyder på att nästan 80 procent av alla patienttransporter genomförs av servicemedarbetare¹⁰ (Figur 5) och vid SU, där tjänsten varit etablerad sedan lång tid tillbaka, uppskattas servicemedarbetare utföra omkring 95 procent av alla patienttransporter (Figur 6). Att denna tjänst har växlats i störst utsträckning kan förklaras av att man på flera av regionens stora sjukhus har breddinfört tjänsten. Avdelningar och mottagningar som har ett behov av en patienttransport kan då beställa den från Regionsservice. Att samtliga patienttransporter inte utförs av servicemedarbetare på dessa sjukhus kan exempelvis bero på att vissa sjukhus inte erbjuder tjänsten dygnet runt, att bemanningen inte räcker till under timmarna med högst belastning, eller att vissa verksamheter väljer att inte ta stöd av Regionsservice, även då det inte finns några hinder för att göra det. Skaraborgs sjukhus utmärker sig, då skattningar från vården visar att en relativt liten andel av patienttransporterna genomförs av servicemedarbetare, även på sjukhuset i Lidköping där tjänsten är breddinförd. Vad detta beror på är inte helt klarlagt, men resultaten visar att det finns en potential att avlasta vården mer.

¹⁰ Detta avser patienttransporter där servicemedarbetare skulle kunna köra patienterna. Vissa avdelningar kan även ha rapporterat patienttransporter som kräver övervakning av vårdpersonal, vilket i så fall ger en liten överskattning av den kvarvarande potentialen. Även i dessa fall kan dock ofta en servicemedarbetare avlasta en av de två vårdmedarbetarna som annars skulle köra patienten.

Figur 5. Andel uppgiftsväxlade vårdnära serviceleveranser, per tjänst

n = antal h/vecka inom måltidshantering, antal patienttransporter/vecka respektive antal städ/vecka för lokalvårdstjänster

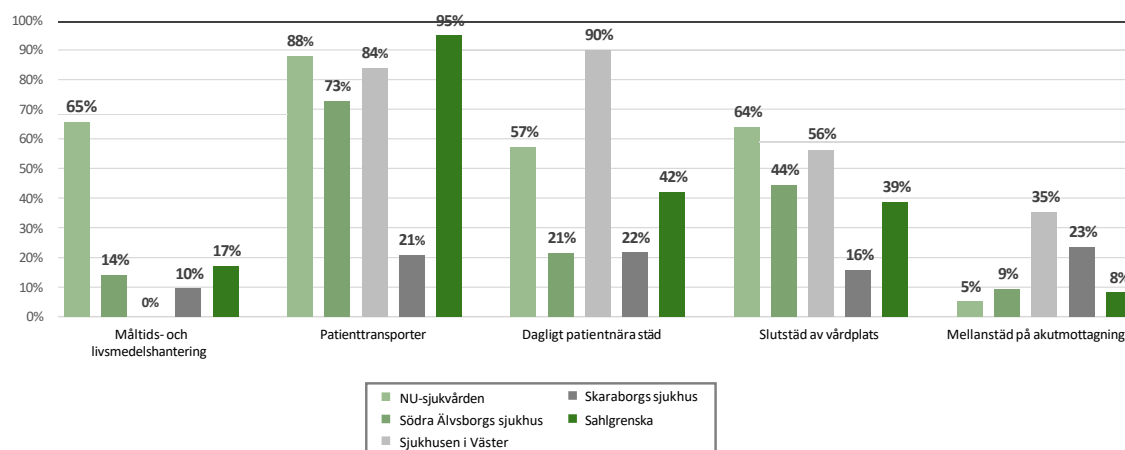


Mellanstäd av behandlings- och undersökningsrum på akutmottagning är den städtjänst som har växlats i lägst utsträckning sett till regionen som helhet. Enligt skattningarna från kartläggningen genomför servicemedarbetare bara drygt 10 procent av alla mellanstäd på akuten¹¹ (Figur 5). Att detta är den städtjänst som har växlats i lägst utsträckning är ett mönster som ses inom de flesta förvaltningar. Vid fyra av fem sjukhusförvaltningar utför servicemedarbetare mindre än 25 procent av det uppskattade behovet av mellanstäd på akuten. Sjukhusen i Väster avviker från detta mönster. Inom ramen för initiativet *Avlastning genom vårdnära service* har förvaltningen uppgiftsväxlat cirka 35 procent av mellanstäd på akuten (Figur 6). Den lägre graden av uppgiftsväxling inom denna tjänst skulle exempelvis kunna bero på att karaktären av besöken varierar och att mindre städinsatser av vårdpersonal ses som mer effektivt mellan vissa besök.

¹¹ Beräknat utifrån antagandet att ett mellanstäd på akuten ska genomföras mellan samtliga besök.

Figur 6. Andel uppgiftsväxlade vårdnära service-leveranser, per tjänst och förvaltning

Andel av det totala antalet timmar/vecka inom måltidshantering, patienttransporter/vecka respektive städ/vecka som genomförs av servicemedarbetare från Regionsservice, per förvaltning och tjänst



3.4 Utökad uppgiftsväxling under pandemin

Initiativet *Avlastning av vårdpersonal genom vårdnära service* inrättades för att avlasta vårdpersonal under covid-19-pandemin och har inneburit en tillfällig utökning av vårdnära service. Initiativet har möjliggjort anställning av motsvarande 128 årsarbetare från Regionsservice¹² och cirka 90 verksamheter på tio sjukhus i regionens samtliga sjukhusförvaltningar har tagit del av stödet. Kartläggningen visar att uppgiftsväxlingen har ökat avsevärt inom flera tjänster i och med denna tillfälliga satsning.

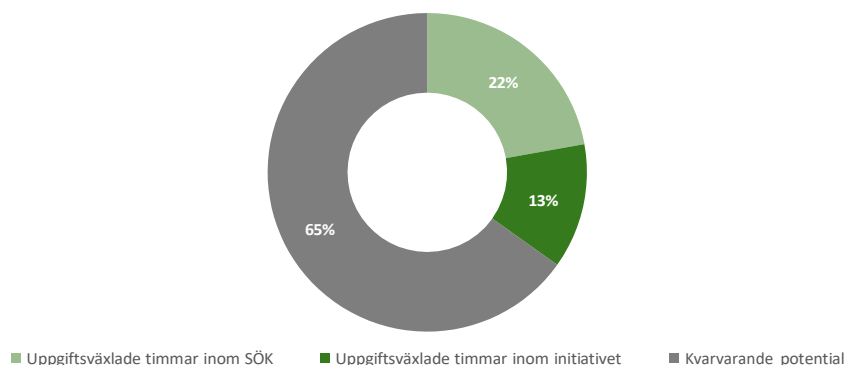
I Figur 7 redovisas förhållandet mellan den tid som servicemedarbetare lägger på vårdnära service inom ramen för SÖK respektive initiativet samt den kvarvarande potentialen för uppgiftsväxling¹³. Diagrammet visar att initiativet bidragit till en markant ökning av Regionsservice leveranser av vårdnära service samt att denna ökning kan uppskattas till drygt en tiondel av det totala behovet av tjänsterna. Av de tjänster som ingått i kartläggningen är det leveranser av lokalvårdstjänster som har ökat mest i omfattning (se Figur 5 ovan). Varje vecka genomförs exempelvis enligt uppskattningar drygt 6 000 dagliga patientnära städ inom ramen för initiativet, vilket motsvarar drygt 500 timmar/vecka i effektiv arbetstid. För tjänsten slutstäd av vårdplats på vårdavdelning är motsvarande siffror nästan 1 200 slutstäd/vecka och 600 timmar/vecka i effektiv arbetstid inom initiativet. Denna avlastning av vårdpersonal har genererat flera positiva effekter i verksamheterna, vilket beskrivs närmare i nästa kapitel. Utöver de tjänster som ingått i kartläggningen har initiativet även omfattat tjänsten *stöd inom materialförsörjning*. Stödet inom initiativet är med andra ord mer omfattande än vad som har presenterats i denna kartläggning.

¹² Siffran avser antalet årsarbetare som finansieringen har möjliggjort. En summering av stödet visar att det är motsvarande cirka 119 årsarbetare som har avlastat vården inom initiativet.

¹³ Inom ramen för följande fem tjänster: måltids- och livsmedelshantering, patienttransporter, dagligt patientnära städ, slutstäd av vårdplats på vårdavdelning samt mellanstäd på akuten.

Figur 7. Andel av total tidsåtgång för vårdnära service som har uppgiftsväxlats

Uppskattad andel av total tidsåtgång för vårdnära service (inom ramen för SÖK och initiativet) som växlats från vårdpersonal till servicemedarbetare samt kvarvarande potential. Avser tjänsterna måltids- och livsmedelshantering, patienttransporter, dagligt patientnära städ, slutstäd av vårdplats på vårdavdelning samt mellanstäd på akuten.



3.5 Mer tid kan frigöras för vårdpersonal genom fortsatt uppgiftsväxling

Kartläggningen visar att det finns en stor kvarvarande potential att frigöra tid för vårdpersonal till patientnära uppgifter i Västra Götalandsregionen. Med kvarvarande *potential* för uppgiftsväxling avses tiden som vårdpersonal lägger på vårdnära serviceuppgifter som servicemedarbetare teoretiskt sett skulle kunna överta¹⁴. Sammantaget uppskattas den kvarvarande potentialen för fem vårdnära servicetjänster motsvara drygt 12 000 timmar i arbetstid per vecka utifrån ett räkneexempel (Figur 8)¹⁵. Timmar som levererats inom ramen för initiativet har inte räknats in i denna uträkning och det finns med andra ord en stor potential för ytterligare avlastning av vårdpersonal om denna tid är möjlig att växla över till servicemedarbetare.

Inom samtliga tjänster finns en kvarvarande potential och därmed en möjlighet att frigöra tid för vårdpersonal, som varierar i storlek. Inom måltidshantering bedöms den kvarvarande potentialen utifrån översiktliga uppskattningar till omkring 8 000 timmar per vecka¹⁶, vilket motsvarar över 60 procent av den kvarvarande potentialen i dessa beräkningar (Figur 8). För de övriga tjänsterna, patienttransporter, dagligt patientnära städ, slutstäd av vårdplats samt mellanstäd på akuten återstår en mindre, om än betydande potential. Notera att viss ställtid mellan aktiviteter (som kan uppstå både för servicemedarbetare och vårdpersonal) kan ha inkluderats i uppskattningarna avseende måltidshantering, medan det inte förekommer i skattningarna avseende övriga tjänster (läs mer i metodbilagan, bilaga 1).

¹⁴ Det krävs en fortsatt dialog mellan sjukhusen och Regionsservice och fördjupade analyser för att värdera hur stor del av dessa timmar som är realistiska att växla över till servicemedarbetare. Detta påverkas av en rad olika faktorer som inte omfattats av denna kartläggning.

¹⁵ Tidsuppskattningen avser tjänsterna: måltids- och livsmedelshantering, patienttransporter, dagligt patientnära städ, slutstäd av vårdplats på vårdavdelning samt mellanstäd på akutmottagning.

¹⁶ En sådan omställning skulle innebära att servicemedarbetare exempelvis förbereder och iordningställer brickor inför servering, genomför temperaturkontroller, diskar och plockar efter måltider samt städar i personalkök. Vårdpersonal skulle fortsatt ansvara för vissa uppgifter, såsom att ge maten till patienten samt att duka av efter måltid.

För att en uppgiftsväxling av vårdnära service ska medföra frigjord tid för vårdpersonal krävs att vårdpersonal tidigare genomförde uppgifterna som ingår i tjänsten. När vårdpersonal är tungt belastad och har mycket att göra riskerar vårdnära serviceuppgifter att nedprioriteras. I det fall då uppgifterna inte hinns med för vårdpersonalen innebär uppgiftsväxling i stället en kvalitetshöjning. Exempelvis minskar risken för smittspridning och vårdrelaterade infektioner vid en uppgiftsväxling som innebär att dagligt patientnära städ eller temperaturkontroller av mat, som tidigare bortprioriterats, genomförs.

Som ett led i att påvisa i vilken grad den kvarvarande potentialen skulle kunna frigöra tid för vårdpersonal har ett teoretiskt räkneexempel tagits fram. I räkneexemplet har den kvarvarande potentialen räknats om till vad timmarna motsvarar i heltidstjänster för vårdpersonal, tid som skulle kunna frigöras för patientnära arbete. Räkneexemplet visar att om det hade varit möjligt att växla 100 procent av den kvarvarande potentialen i denna kartläggning från vårdpersonal till servicemedarbetare så frigörs arbetstid motsvarande närmare 490 heltidstjänster¹⁷. Majoriteten av tiden är hänförlig till fortsatt uppgiftsväxling av måltids- och livsmedelsförsörjning¹⁸ (Figur 9) och nästan hälften av potentialen för frigjord tid är hänförlig till uppgiftsväxling av vårdnära service på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Figur 10). Notera att hur stor del av dessa timmar som är ändamåls- enliga att växla över till servicemedarbetare från Regionsservice inte bedömts i kartläggningen och att den faktiska potentialen därmed kan vara lägre. Detta är en komplex fråga som påverkas av lokala förutsättningar och beroenden, som kan variera mellan förvaltningar. Notera även att detta är ett teoretiskt exempel och att tiden som frigörs i realiteten ofta är utspridd över flera olika tjänster vilket kan försvåra effekthemtagning.

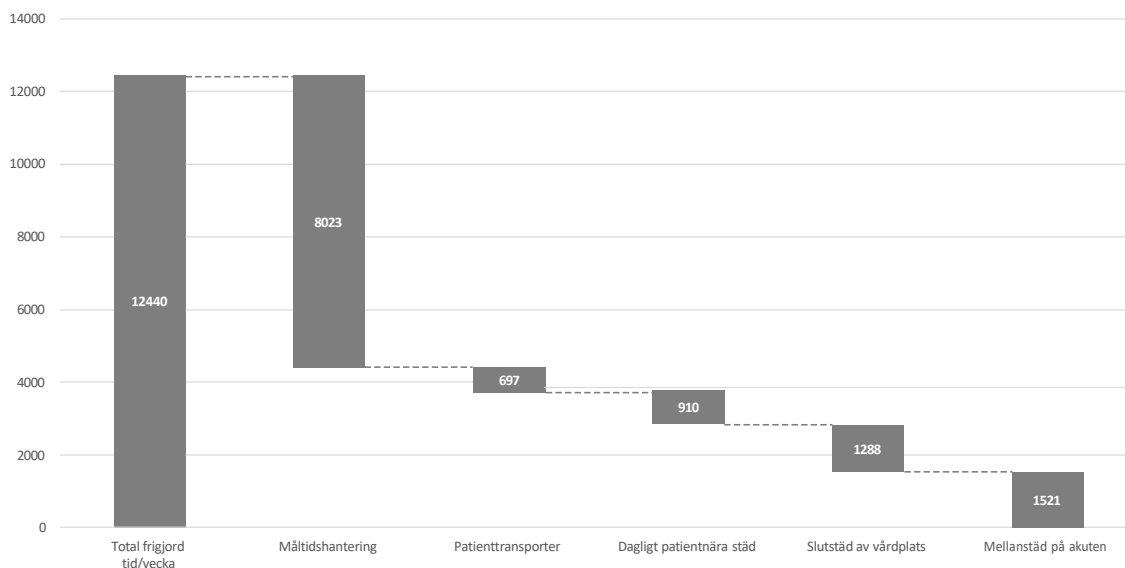
För att få en bild av omfattningen kan detta sättas i relation till att det i april 2022 fanns knappa 8 400 sjuksköterskor och undersköterskor anställda vid slutenvårdsavdelningar på regionens sjukhus [3]. För ytterligare analysresultat, se bilagan *Utvärdering av vårdnära service – fördjupade analysresultat*.

¹⁷ Uträkningen baseras på ordinarie arbetstid (37 timmar) för medarbetare med arbetstid förlagd till vardag, söndag och helgdag, med hänsyn till fem veckors semester samt en frånvaro på 21,7 procent. Frånvaron på 21,7 procent utgör ett snitt mellan frånvaro för sjuksköterskor (22,6 procent) och undersköterskor (20,8 procent) där sjukfrånvaro, föräldraledighet, vård av barn, utbildning med lön, frånvaro facklig tid och ledighet enskild angelägenhet har inkluderats.¹⁷ [3] [4]

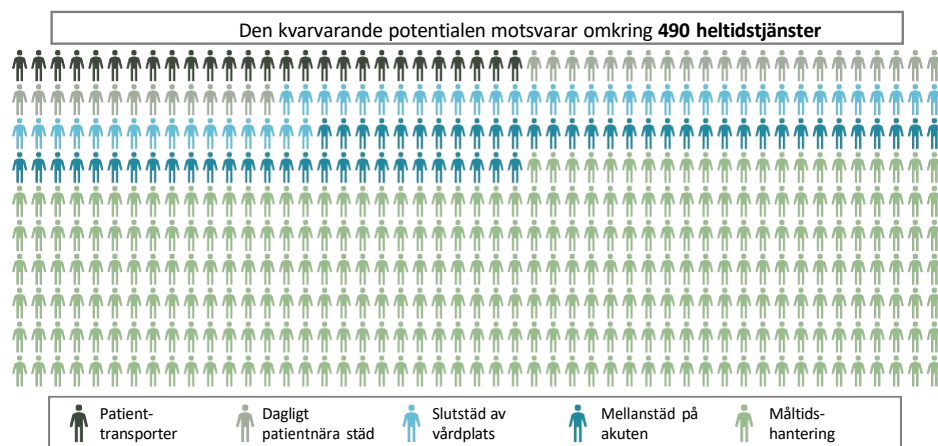
¹⁸ Under antagande om att det är möjligt att växla alla arbetsuppgifter inom alla verksamheter och att servicemedarbetare är lika effektiva som den vårdpersonal som idag utför arbetsuppgifterna.

Figur 8. Kvarvarande potential, baserat på en 100-procentig uppgiftsväxling av fem vårdnära servicetjänster

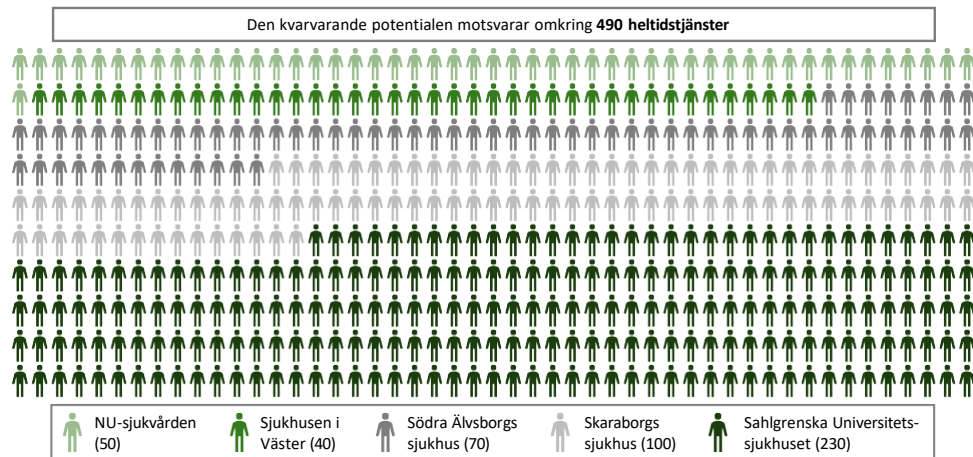
n = antal timmar/vecka. Avser kvarvarande potential, det vill säga totalt behov av vårdnära service minus tidsåtgång för vårdnära service som utförs av servicemedarbetare från Regionservice i dag



Figur 9. Räkneexempel: Kvarvarande potential för uppgiftsväxling omvandlat i antal heltidstjänster för undersköterskor och sjuksköterskor, uppdelat per tjänst



Figur 10. Räkneexempel: Kvarvarande potential för uppgiftsväxling omvandlat i antal heltidstjänster för undersköterskor och sjuksköterskor, uppdelat på sjukhusförvaltning



4. Effekter av uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter

I detta kapitel beskrivs de effekter av uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter som observerades i uppföljningen av initiativet Avlastning genom vårdnära service.

4.1 Uppföljning av initiativet *Avlastning genom vårdnära service*, hösten 2021

Under hösten 2021 genomfördes en bred uppföljning av initiativet *Avlastning genom vårdnära service*. Huvudsyftet var att undersöka om initiativet lett mot den uppsatta målsättningen om att skapa ökade möjligheter till återhämtning för vårdpersonal. Utöver det syftade uppföljningen också till att förstå hur verksamheter, medarbetare och patienter påverkats av initiativet. Detta utmynnade sammantaget i tre övergripande frågeställningar:

- Hur har initiativet påverkat vårdpersonalens arbetsmiljö?
- Hur har initiativet påverkat nyttjandet av vårdpersonalens kompetens?
- Hur har initiativet påverkat kvalitet och effektivitet i vård- respektive servicearbetet?

De huvudsakliga metoderna som användes var enkäter och djupintervjuer riktade till sjuksköterskor, undersköterskor och vårdenhetschefer i de verksamheter som fått ta del av stödet samt enkäter och workshops med servicemedarbetare som utfört serviceuppgifterna. Sammantaget besvarades enkäten till vårdpersonal av 433 personer medan enkäten till vårdenhetschefer besvarades av 28 personer. Sammanlagt 18 djupintervjuer genomfördes med vårdenhetschefer, sjuksköterskor och undersköterskor från sex verksamheter fördelade på de fem sjukhusförvaltningarna (två verksamheter inkluderades från Sahlgrenska Universitetssjukhuset). Enkäten riktad till servicemedarbetare besvarades av 65 personer och en workshop med servicemedarbetare genomfördes i alla förvaltningar för att diskutera erfarenheter och lärdomar från det utförda arbetet.

För att göra en ekonomisk utvärdering av effekterna av uppgiftsväxling av vårdnära service skulle en effekthemtagningsmodell som tar hänsyn till långsiktiga effekter av uppgiftsväxlingen behöva utvecklas. De nyttor som uppstår på lång sikt är svåra att kvantifiera och denna typ av analys har inte varit möjlig att genomföra inom ramen för uppföljningen.

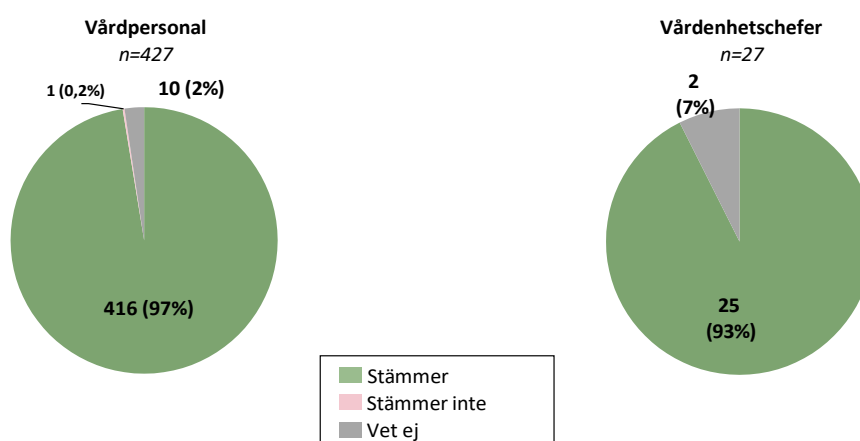
4.2 Uppgiftsväxling av vårdnära service leder till en rad positiva effekter

Uppföljningen visar att uppgiftsväxlingen av vårdnära serviceuppgifter har inneburit att vårdpersonal (främst undersköterskor) har lämnat över arbetsuppgifter till servicemedarbetare. Det har för det första medfört att tid har frigjorts för vårdpersonalen. För det andra har de vårdnära serviceuppgifterna utförts av servicemedarbetare med särskild utbildning för att utföra arbetsuppgifterna. Utifrån detta bedöms initiativet sammantaget ha lett till tre övergripande effekter:

- Förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen
- Bättre nyttjande av kompetensen
- Ökad kvalitet och effektivitet i vård- respektive servicearbetet

I avsnitten nedan följer en närmare genomgång av dessa tre övergripande effekter. Även om det finns vissa skillnader kring vilka effekter som har uppstått i olika verksamheter är en stor majoritet av de medarbetare och vårdenhetschefer som svarat på enkätundersökningen positiva till en fortsatt uppgiftsväxling av vårdnära servicetjänster (Figur 11).

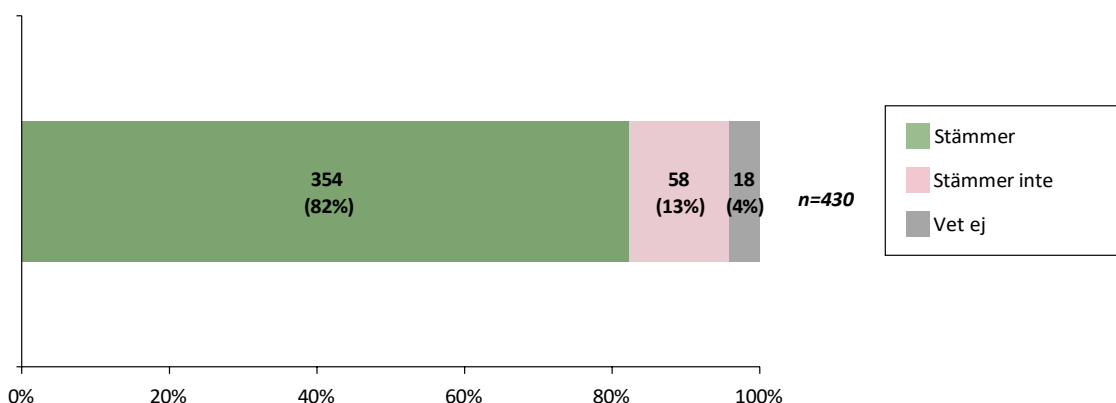
Figur 11. Svarsfördelning för påståendet: "Jag är positiv till att servicemedarbetare även i framtiden stödjer vården på liknande sätt som under detta initiativ"



Initiativet har bidragit till förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen

Resultaten från uppföljningen indikerar att initiativet över lag har bidragit till en förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen. Bland annat upplever 82 procent av de medarbetare som svarat på enkäten att möjligheterna till återhämtning har stärkts (Figur 12).

Figur 12. Svarsfördelning för påståendet "När servicemedarbetare har tagit över vissa arbetsuppgifter har mina möjligheter till återhämtning stärkts"



Dessa resultat stämmer överens med insikter från intervjuerna. Generellt sett uppger intervjuade undersköterskor, sjuksköterskor och vårdenhetschefer att initiativet medfört ökade möjligheter till återhämtning, om än i något olika utsträckning i olika verksamheter.

Samtidigt framkommer det i intervjuerna att den primära effekten, snarare än återhämtning genom mer tid till raster och pauser, är att den upplevda stressen i arbetet har minskat – vilket uppfattas som att återhämtningsmöjligheterna ökat. Nedan beskrivs de vanligast återkommande förklaringarna till att uppgiftsväxlingen påverkat upplevelsen av stress i arbetet:

- **Antalet olika arbetsuppgifter för vårdpersonal har minskat** och därigenom har möjligheten att fokusera på en arbetsuppgift i taget ökat och upplevelsen av att vara splittrad i arbetet har minskat.
- **Arbetsmängden och arbetstempot har blivit mer rimliga** och känslan av att behöva springa mellan olika arbetsuppgifter eller att inte hinna med arbetet har minskat.
- **Vårdpersonalen har kunnat lägga mer tid på patienterna**, vilket har minskat den etiska stress som kan uppkomma till följd av känslor av otillräcklighet och att inte kunna utföra sitt arbete på det sätt man anser är rätt.
- **Möjligheterna till teamarbete har stärkts** genom att undersköterskor har fått mer tid att ägna åt arbetsuppgifter kopplade till patientarbetet, vilket i sin tur har avlastat sjuksköterskorna.

Vårdpersonalens kompetens har nyttjats på ett bättre sätt

Vårdpersonalens kärnkompetens innefattar medicinskt omhändertagande och omvårdnad av patienter. Mot bakgrund av de kompetensförsörjningsutmaningar som vården upplever har uppföljningen också fokuserat på att undersöka hur initiativet påverkat nyttjandet av vårdpersonalens kompetens.

En stor majoritet av vårdpersonalen och samtliga vårdenhetschefer som besvarat enkäten upplever att initiativet inneburit att vårdpersonalens kompetens och förmåga används på ett bättre sätt. (Figur 13).

Figur 13. Svarsfördelning för påståendet: "När servicemedarbetarna har tagit över vissa arbetsuppgifter används min kompetens och förmåga på ett bättre sätt"



Intervjuerna visar att representanter från samtliga verksamheter anser att vårdpersonalens kompetens använts på ett bättre sätt till följd av initiativet. Flera intervjuade undersköterskor uttrycker att de arbetsuppgifter som de lämnat över till servicemedarbetare är sådana som inte ingår i eller kräver deras kompetens, utan kan betraktas som

arbetsuppgifter som ålagts dem utöver arbetet med patienterna. Även vårdenhetschefer anser att kompetensen använts mer ändamålsenligt i och med initiativet. I flera intervjuer berättar vårdenhetschefer att vårdpersonalen tidigare har haft svårt att hinna med alla sina arbetsuppgifter och att initiativet inneburit att de kunnat fokusera mer på patienterna.

Den tid som frigjorts för undersköterskor till följd av uppgiftsväxlingen har, i samtliga verksamheter inom intervjuerna, använts till arbete med patienterna. Därmed har undersköterskor kunnat ta på sig en större del av arbetsuppgifter som sjuksköterskor och undersköterskor har gemensamt. I vissa verksamheter har även undersköterskor i högre utsträckning kunnat hjälpa varandra med omvårdnadsuppgifter, i stället för att behöva ta en sjuksköterska till hjälp. Detta innebär att tid har frigjorts även för sjuksköterskor även om det primärt är undersköterskor som blivit avlastade arbetsuppgifter i ett första skede.

Framöver finns det potential att mer strukturerat ta beslut i verksamheterna om hur den frigjorda tiden bäst ska användas. Den korta tiden mellan beslut och genomförande av initiativet innebar att det saknades tid för förberedelser i verksamheterna. Ingen av de verksamheter där djupintervjuer genomfördes har hunnit analysera hur mycket tid som initiativet kunde förväntas frigöra. Därmed har det heller inte varit möjligt för verksamheterna att utforma en plan för hur den frigjorda tiden skulle användas. Trots detta har samtliga intervjuade verksamheter använt tiden till patientarbete och samtliga tycker att detta har varit ett ändamålsenligt sätt att tillvarata den frigjorda tiden. Vid ett fortsatt införande av vårdnära servicetjänster skulle den frigjorda tiden kunna användas till en mer strukturerad uppgiftsväxling mellan sjuksköterskor och undersköterskor.

Det saknas i nuläget forskning som undersöker effekterna av uppgiftsväxling mellan legitimerade yrkesgrupper och icke-legitimerade yrkesgrupper i en svensk hälso- och sjukvårdskontext. Att tid kan frigöras för vårdpersonal genom uppgiftsväxling av vårdnära service har dock påvisats i mindre studier som undersökt uppgiftsväxlingsinitiativ i olika delar av landet. En sådan studie undersökte effekterna av att låta servicemedarbetare genomföra servicetjänster på SkaS Lidköping och SÄS Borås under 2012. Mätningar av undersköterskors arbetsuppgifter genomfördes vid två tillfällen, innan och efter uppgiftsväxlingen.¹⁹ Studien visade att undersköterskor minskade andelen arbetsuppgifter inom servicetjänster med 15 procent (SkaS Lidköping) respektive 10 procent (SÄS Borås). Undersköterskorna ökade samtidigt andelen arbetsuppgifter kopplade till direkt patientarbete med 11 procent (SkaS Lidköping) respektive 8 procent (SÄS Borås) [5].

Kvaliteten i vård- och servicearbetet har påverkats positivt av initiativet

Att de vårdnära servicetjänsterna utförs med god kvalitet är viktigt ur både verksamheternas, medarbetarnas och patienternas perspektiv. En undermålig kvalitet i tjänsterna skulle kunna innebära att vårdpersonal fortsatt behöver ansvara för arbetsuppgifternas utförande och därigenom inte avlastas i avsedd omfattning. Därtill skulle en bristande kvalitet i den vårdnära servicen kunna påverka patientsäkerheten, genom exempelvis bristande vårdhygien.

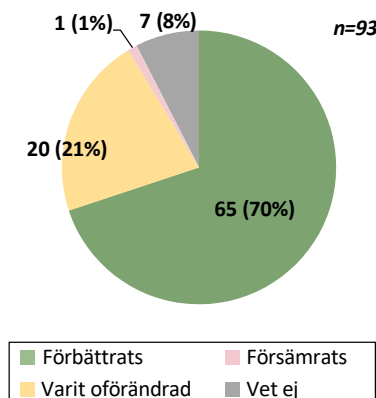
¹⁹ Studien har en rad begränsningar, där exempelvis både SkaS Lidköping och SÄS Borås redan innan införandet av servicemedarbetare hade påbörjade uppgiftsväxlingsinitiativ.

Kvaliteten i servicetjänsterna har förbättrats

Kvaliteten i de utförda tjänsterna har genomgående upplevts som god i de verksamheter där djupintervjuer har genomförts, med enstaka undantag isolerade till enskilda situationer och individer. I dessa fall har bristerna påtalats till Regionservice och därefter åtgärdats under initiativets gång. Samtliga intervjuade medarbetare och vårdenhetschefer anger att kvaliteten i tjänsterna är lika bra eller bättre som när vårdpersonal utförde arbetsuppgifterna. I enkätundersökningen till vårdenhetschefer ställdes en fråga kring eventuella förändringar gällande arbetsuppgifternas kvalitet kopplade till de tjänster som ingick i initiativet. Totalt 27 vårdenhetschefer besvarade frågan som ställdes en gång per tjänst de mottagit, vilket gav totalt 93 svar. I 70 procent av svaren upplevde vårdenhetscheferna en förbättring av kvaliteten, och för endast en procent av svaren upplevdes en försämring (Figur 14).

Figur 14. Svarsfördelning för påstående om kvalitet

Svarsfördelning för påståendena: "När tjänsten utförts av servicemedarbetare har kvaliteten i arbetsuppgifterna kopplade till tjänsten..."



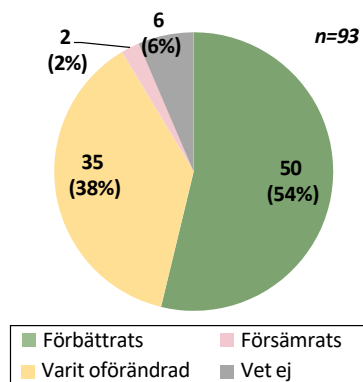
Såväl intervjuade vårdenhetschefer som vårdmedarbetare uppger att servicemedarbetare har en mer ändamålsenlig kompetens för serviceuppgifterna. Detta bemöter en av de risker som brukar omnämnas i relation till uppgiftsväxling, nämligen att den som övertar arbetsuppgifter inte skulle ha rätt kompetens att utföra uppgifterna. [6]

Initiativet upplevs även ha påverkat kvaliteten i vårdarbetet positivt

I intervjuerna nämner flera medarbetare och vårdenhetschefer att patientsäkerheten kan ha påverkats positivt av att vårdpersonal ägnar mer tid till patienterna. Enkätsvaren från vårdenhetscheferna bekräftar bilden. 27 vårdenhetschefer har svarat på hur patientsäkerheten påverkats av respektive tjänst som utförts vid deras verksamheter. Totalt inkom 93 svar och i 54 procent av dessa upplever vårdenhetscheferna en förbättring av patientsäkerheten. Endast två svar, motsvarande två procent, avsåg en upplevd försämring av patientsäkerheten till följd av initiativet (Figur 15).

Figur 15. Svartsfördelning för påstående om patientsäkerhet

Svartsfördelning för påståendena: "När tjänsten utförts av servicemedarbetare har patientsäkerheten..."



Att vården över lag upplever att initiativet lett till en förbättrad patientsäkerhet går väl i linje med Socialstyrelsens handlingsplan för ökad patientsäkerhet som slår fast att *"kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet"*. [7] Resultaten går också tväremot en farhåga som ibland omnämns i relation till uppgiftsväxling; att vården kan bli fragmenterad och att den som ansvarar för patienten riskerar att få en ofullständig bild av situationen när uppgifter lämnas över till någon annan. [6] Intervjuerna visar snarare att vårdpersonal fått en bättre överblick över patienten och dennes situation utifrån att vårdpersonal fått mer tid tillsammans med patienter och därigenom får en bättre överblick över patienten och dennes situation.

5. Slutsatser

I detta kapitel presenteras samlade slutsatser utifrån status i införandet av vårdnära service samt observerade effekter av den uppgiftsväxling som genomfördes inom ramen för initiativet Avlastning genom vårdnära service.

5.1 Införande av vårdnära service ökar kvaliteten och effektiviteten i vården samtidigt som arbetsmiljön stärks

Införande av vårdnära service har lett till att vårdpersonalens kompetens nyttjas mer ändamålsenligt samtidigt som servicearbetet har professionaliserats. Arbetsmiljön har förbättrats genom bland annat ökade möjligheter till återhämtning för vårdens medarbetare. Sammantaget har det inneburit en upplevd förbättring av kvaliteten i både vård- och servicearbetet. Samtidigt är det sannolikt att det finns positiva effekter som ännu inte hunnit uppstå – eller varit möjliga att mäta – under den korta tidsperiod som initiativet pågått. En hypotes är att exempelvis effekter på medarbetares hälsa och sjuktal till följd av förbättrad arbetsmiljö kommer kunna observeras på längre sikt.

Uppföljningen visar vidare att de vanliga farhågor och risker kopplade till patientsäkerhet och arbetsmiljö som framkommer i litteraturen om uppgiftsväxling inte har realiserats inom ramen för initiativet. Servicemedarbetarna uppfattas ha en hög kompetens och vårdpersonal upplever i många fall att de har fått en bättre kontinuitet och överblick över patienterna och deras situation till följd av att de fått en mindre splittrad arbetssituation. Det har heller inte framkommit att yrkesrollerna blivit otydliga som en följd av de förändrade arbetssätten – snarare tvärtom. På samma sätt framkommer inte att undersköterskor upplever att de frångått arbetsuppgifter som de önskar utföra. Även om få risker och farhågor realiserats inom ramen för initiativet är det viktigt att fortsatt löpande följa upp effekterna på ett heltäckande och strukturerat sätt, och att närmare analysera skillnader i resultat mellan olika verksamhetstyper. På så sätt kan farhågor bemötas och risker förebyggas i den fortsatta växlingen av vårdnära serviceuppgifter.

5.2 Det finns en stor kvarvarande potential att frigöra genom att låta medarbetare arbeta på toppen av sin kompetens

Innan initiativet arbetade uppskattningsvis cirka 300 årsarbetare med vårdnära service i Västra Götalandsregionen. Initiativet har möjliggjort anställning av ytterligare 128 årsarbetare för att stötta vårdverksamheterna med vårdnära servicetjänster²⁰. I den aktuella kartläggningen framgår att det finns en stor potential att frigöra tid för vårdpersonal till patientnära uppgifter. Sammantaget uppskattas den kvarvarande potentialen för fem vårdnära servicetjänster motsvara drygt 12 000 timmar i arbetstid per vecka. Det ska betonas att uppskattningen anger den totala potentialen och det krävs en fortsatt dialog mellan sjukhusen och Regionsservice och fördjupade analyser för att värdera hur stor del av dessa timmar som är ändamålsenliga att växla över till servicemedarbetare. Detta är en komplex fråga som påverkas av en rad olika faktorer, exempelvis av förutsättningarna att skapa effektiva scheman, utifrån när på dygnet som behovet av vårdnära service uppstår.

Uppföljningen visar att såväl vårdmedarbetare som vårdenhetschefer är starkt positiva till en framtid där servicemedarbetare utför vårdnära serviceuppgifter i Västra Götalandsregionen. Av de totalt 427 sjuksköterskor och undersköterskor som besvarade enkäten om initiativet är 416 positiva till att servicemedarbetare även i framtiden ska stötta vården på liknande sätt som under initiativet, medan endast en är negativ (tio respondenter har angett "Vet ej"). Av de 27 vårdenhetschefer som besvarat enkäten är 25 positivt inställda på samma fråga och ingen är negativ (två respondenter har angett "Vet ej").

5.3 Införande av vårdnära service bör utvärderas som en långsiktig investering i förändrade arbetssätt

Vid fortsatt införande av vårdnära service är det centralt att ta ställning till hur uppgiftsväxlingen ska utvärderas och därmed hur effekthemtagning ska definieras. I initiativet *Avlastning genom vårdnära service* var syftet att bidra till återhämtning för vårdpersonal. Initiativet utformades och utvärderades därför som ett tillskott till vårdens befintliga kapacitet genom att vara kostnadsfritt för sjukhusen och utan krav på effekthemtagning. Uppföljningen visade att vårdpersonal som under lång tid har upplevt en ansträngd arbetssituation genom initiativet tagit steg mot, vad som uppfattas vara, en mer rimlig arbetssituation. Uppföljningen indikerar vidare att det inte har uppstått överkapacitet i verksamheterna - den samlade slutsatsen är att de vårdnära servicetjänsterna har balanserat en tidigare underkapacitet och på så vis möjliggjort positiva effekter för arbetsmiljön.

Vid ett fortsatt införande av vårdnära service bör övergripande syften vara att stärka kompetensförsörjningen, förbättra arbetsmiljön för vårdpersonalen samt höja kvaliteten och effektiviteten i vård- och servicearbetet. Varje enskild verksamhet måste ta ställning till vad de vill uppnå mer specifikt, baserat på lokala förutsättningar och prioriteringar. För en verksamhet kan det vara centralt att frigöra vårdplatser och öka tillgängligheten medan

²⁰ Siffran avser antalet årsarbetare som finansieringen har möjliggjort. En summering av stödet visar att det är motsvarande cirka 119 årsarbetare som har avlastat vården inom initiativet.

en annan verksamhet kan sträva efter att åstadkomma en mer personcentrerad vård genom ökad kontinuitet för patienterna. De lokala inriktningarna bör sedan ligga till grund för *hur* förändringsarbete genomförs, exempelvis hur den frigjorda tiden ska användas och hur nya processer och rutiner utformas.

Befintliga effekthemtagningsmodeller för vårdnära service baseras ofta på kortsiktiga lokala ekonomiska effekter av att ersätta en yrkesgrupp med en annan. Detta lyfts av sjukhusen återkommande fram som ett hinder mot fortsatt uppgiftsväxling eftersom flera effekter av vårdnära service uppstår genom komplexa orsakssamband över tid som är svåra att isolera, mäta och kvantifiera på kort sikt. På kort sikt kan man samtidigt argumentera för att *produktiviteten* ökar om servicemedarbetare, som har cirka nio procent lägre lön jämfört med undersköterskor och cirka 23 procent lägre lön än sjuksköterskor²¹, utför lika många (eller fler) serviceuppgifter per tidsenhet med bibehållen (eller förbättrad) kvalitet. [8] [9] Men för att utvärdera vårdnära service och ta ställning till graden av effekthemtagning i vårdverksamheterna är det viktigt att ta hänsyn till en bredd av långsiktiga effekter. Några exempel på sådana långsiktiga effekter är:

- Frigjord tid för undersköterskor och sjuksköterskor kan minska beroendet av hyrpersonal
- En bättre arbetsmiljö kan leda till minskade sjukskrivningar och ökad attraktivitet som arbetsgivare
- En bättre vårdhygien kan leda till minskade vårdrelaterade infektioner
- En tydliggjord rollfördelning där vårdpersonal kan arbeta på toppen av sin kompetens kan öka attraktiviteten för bristyrken inom hälso- och sjukvården

Det är viktigt att betrakta införande av vårdnära service som en långsiktig investering i förändrade arbetssätt. Ett alltför snävt synsätt, där ändamålsenligheten i en uppgiftsväxling utvärderas endast baserat på antal utförda uppgifter i relation till lönekostnaden för respektive yrkeskategori, riskerar att bli missvisande och inte fånga den komplexa verklighet som arbetet vid en vårdavdelning utgör. Mot denna bakgrund är det viktigt att utveckla en bred uppföljnings- och effekthemtagningsmodell som tar hänsyn till de långsiktiga effekterna av förändrade arbetssätt på aspekter som kvalitet i vård- och servicearbetet, arbetsmiljö och attraktivitet för arbetsplatsen.

5.4 Konceptet vårdnära service kan utvecklas

Utvärderingen av vårdnära service har visat det finns potential att vidareutveckla vårdnära servicekonceptet. Nedan presenteras tre utvecklingsförslag.

Inkludera fler vårdnära servicetjänster och anpassa servicefönster för att möjliggöra stärkt stöd till vården. Ytterligare vårdnära servicetjänster skulle kunna inkluderas i erbjudandet till vården. Exempel på tjänster som efterfrågats inkluderar transport av labprover, avfallshantering och plock av instrument för rutinoperationer utifrån fastställda plocklistor. Nyttan för vården kan också förbättras om servicefönstren då tjänsterna utförs anpassas för att ännu bättre svara upp mot verksamheternas behov. Ett fortsatt införande av vårdnära service bör ske i nära samarbete mellan Regionservice och sjukhusen för att

²¹ Lönekostnaderna som har använts är 30 847 kr/månad (sjuksköterskor), 26 065 kr/månad (undersköterskor) samt 23 700 kr/månad (servicemedarbetare)

samtidigt vidareutveckla de vårdnära servicetjänsterna, deras innehåll och servicefönster, och därmed stärka stödet till vården.

Samordna fortsatt införande av vårdnära servicetjänster med FVM. FVM föranleder ett brett införande av gemensamma arbetssätt och standardiserade processer i hälso- och sjukvården. Det vore en stor vinst om förändringsarbetet inkluderar vårdnära service så att alla vårdverksamheter arbetar samordnat även inom detta område. I dagsläget kommer en implementering av FVM innebära att patienttransporter och slutstad av vårdplats kan beställas direkt i Millenium²² kopplat till olika vårdaktiviteter. Framåt är det viktigt att se över om ytterligare servicetjänster kan integreras i Millenium.

Utveckla stödet till vården i förändringsarbetet. Regionservice stöd bör framåt inriktas på att uppnå önskade effekter i verksamheterna. Detta innebär bland annat att utveckla fler och anpassa befintliga vårdnära servicetjänster och servicefönster som beskrivits ovan. Det innebär också att stödet till verksamheterna kan skräddarsys för att stödja ett effektivt genomförande. Ett stöd som inriktas på att uppnå önskade effekter kan omfatta alltifrån förändringsledning och utveckling av teambaserade arbetssätt tillsammans med vården, till metoder, verktyg och mallar för behovsanalys, schemaläggning och effekthemtagning.

5.5 Införande av vårdnära service medför en fortsatt professionalisering av arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården

Arbetet med uppgiftsväxling av vårdnära servicetjänster har pågått i mer än tio år i Västra Götalandsregionen. Redan innan initiativet levererade Regionservice vårdnära servicetjänster till samtliga sjukhusförvaltningar och omfattningen har mer än fördubblats sedan år 2016. Vårdnära servicetjänster är i sin tur en del av en utveckling där uppgifter kommit att överföras från hälso- och sjukvården till serviceorganisationer. Tidigare exempel på denna utveckling inkluderar exempelvis ansvar för logistik, IT och måltider.

Fortsatt utveckling av vårdnära servicetjänster bör ses som en del av en långsiktig utveckling i riktning mot en professionalisering av servicetjänsterna, som i allt högre grad medför att hälso- och sjukvården kan arbeta med sitt kärnuppdrag. Denna utveckling är på många sätt önskvärd, inte minst sett till de kompetensförsörjningsutmaningar som hälso- och sjukvården står inför, men kan komma att medföra behov av anpassningar och utveckling både i hälso- och sjukvården och serviceorganisationerna.

Att samla serviceansvaret hos en aktör gör det möjligt att utveckla standarder och metoder för att säkerställa en jämn och hög tjänstekvalitet i hela regionen. En ökad standardisering bidrar även till att säkerställa en enhetlig kompetensnivå bland servicemedarbetare. Ett samlat serviceansvar gör det också möjligt att uppnå skalfördelar. En farhåga som kommit upp inom ramen för utvärderingen är att små volymer av vårdnära servicetjänster (och därmed små volymer frigjord tid) gör det svårt för vårdverksamheter att räkna hem förändringen som uppgiftsväxlingen innebär. Koordinering av införandet krävs för att uppnå de volymer som möjliggör effekthemtagning på områdes- eller sjukhusnivå. Ett koordinerat införande av standardiserade tjänster möjliggör en effektiv bemanning av servicemedarbetare där samma medarbetare med större enkelhet kan stötta flera närliggande vård-

²² Millenium är det vårdinformationssystem som ska införas i Västra Götalandsregionen.

avdelningar med samma typ av tjänster. Därtill kan tillräckliga volymer av standardiserade servicetjänster underlätta investeringar som kan medföra stora effektiviseringar i servicearbetet. Om Regionservice har ett helhetsansvar för att utföra en viss tjänst motiveras investeringar som kan förändra hela tjänsteprocessen och arbetssätten kring att utföra tjänsten. Ett exempel som tidigare lyfts fram är att ett helhetsansvar för slutstäd av vårdplatser på ett sjukhus skulle möjliggöra investeringar i automatiska sängtvättar som både förändrar tjänsteprocessen kring slutstäd och bedöms effektivisera arbetet väsentligt. Ett exempel som redan har möjliggjorts av Regionservice storlek och samlade regionala uppdrag är upphandling och implementering av patienttransportsystemet Columna, som medfört ett enklare beställningsförfarande, bättre kontroll och flera tidsvinster i processen. Slutligen kan ett fortsatt samordnat införande underlätta lärande och kontinuerlig utveckling av vårdnära servicekonceptet om Regionservice kan dela erfarenheter kring leverans av samma tjänster mellan olika avdelningar och sjukhus.

5.6 Den nuvarande ekonomistyrningen hindrar utvecklingen av vårdnära service

Såväl sjukhusförvaltningarna som Regionservice har framfört att regionens ekonomistyrning avseende vårdnära service skapar incitament och utfall som inte är ändamålsenliga för regionen som helhet. Trots att uppgiftsväxlingen ger en rad positiva effekter och trots att det på en regionövergripande nivå måste betraktas som fördelaktigt att servicemedarbetare utför uppgifter som inte måste utföras av vårdpersonal, uppfattar sjukhusförvaltningarna inte alltid uppgiftsväxling som fördelaktig ur ett ekonomiskt perspektiv. Detta beskrivs genomgående som en anledning till att vissa avdelningar och mottagningar väljer att avsluta tjänster när initiativet tar slut den 30 september, trots att stödet varit mycket uppskattat. Vidare framförs återkommande synpunkter från sjukhusen om att ekonomistyrningen medför att det är ekonomiskt fördelaktigt att anställa servicemedarbetare lokalt på sjukhusen jämfört med att anlita Regionservice. Det beror bland annat på att systemet med internprissättning leder till missvisande kostnadsjämförelser mellan servicemedarbetare från Regionservice jämfört med medarbetare som är anställda på respektive vårdavdelning. Ekonomistyrningen hindrar således en ändamålsenlig utveckling av tjänsterna, eftersom det som i dag styr i stor utsträckning är frågor om var tjänster kostnadsförs, snarare än värdet av eller effektiviteten i de utförda tjänsterna. Därutöver leder den nuvarande ekonomistyrningen till en relativt omfattande administration för både sjukhusen och Regionservice i form av bland annat förhandlingar, fakturering och uppföljning.

6. Rekommendation – Säkerställ att potentialen för uppgiftsväxling av vårdnära service tillvaratas

Uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter medför en förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal och ett bättre kompetensnyttjande samtidigt som kvaliteten och effektiviteten i vård- och servicearbetet stärks. Hittills har det vårdnära servicearbetet i Västra Götalandsregionen vuxit fram organiskt under lång tid och utökats vid avgränsade, tillfälliga initiativ som *Avlastning genom vårdnära service*. Detta har medfört att olika förvaltningar kommit olika långt i arbetet och att omfattningen av vårdnära servicetjänster varierar inom regionen. För att tillvarata potentialen för uppgiftsväxling i regionen är det angeläget att ta ett samlat grepp om den fortsatta utvecklingen av tjänsterna. Detta innefattar att besluta om en långsiktig inriktning och att anpassa uppdrag och styrmodeller för att stödja den önskade utvecklingen.

6.1 Utgångspunkter för fortsatt arbete

I det fortsatta arbetet är följande utgångspunkter av särskild vikt:

- **Vårdnära serviceuppgifter bör utföras i enlighet med regiongemensamma standarder**

För att till fullo nå en ändamålsenlig uppgiftsväxling krävs att standarder och metoder för leverans och kvalitetssäkring av vårdnära serviceuppgifter utvecklas och tillhandahålls. Både service- och vårdmedarbetare som utför vårdnära service bör utbildas i enlighet med dessa standarder, vilket skapar förutsättningar för en hög och jämn kvalitet i hela regionen. Utrymme för lokala anpassningar bör kvarstå för att säkerställa ändamålsenliga tjänster som möter lokala behov.

- **Vårdnära servicetjänster bör tillhandahållas av servicemedarbetare i en samlad serviceorganisation**

Det finns en rad fördelar med att servicemedarbetare utför vårdnära serviceuppgifter. För det första frigörs tid för vårdpersonal, vilket medför att arbetstakten blir mer rimlig, mer tid kan läggas på patienter och möjligheter till teamarbete stärks. För det andra är servicemedarbetare specifikt utbildade att utföra vårdnära serviceuppgifter och har därmed högre kompetens än vårdpersonal att utföra dem. För det tredje kan servicemedarbetare prioritera och utföra vårdnära serviceuppgifter direkt när behovet uppkommer eftersom de inte har andra arbetsuppgifter att prioritera mellan. Avslutningsvis blir roll- och ansvarsfördelningen tydligare, vilket bidrar till att stärka attraktiviteten i vårddyrkena och att medarbetare kan arbeta på toppen av sin kompetens.

I vissa undantagsfall kan det finnas hinder för att tillhandahålla vårdnära servicetjänster genom servicemedarbetare, kopplat till patientsäkerhet och/eller kostnadseffektivitet. Exempel på patientsäkerhetsrelaterade hinder kan vara krav på medicinsk utbildning hos utföraren och särskilda krav på kontinuitet för patienterna. Exempel på hinder sett till kostnadseffektivitet kan vara låga volymer och geografiska förutsättningar. I dessa fall bör ordinarie vårdpersonal även fortsatt ansvara för att utföra serviceuppgifterna.

Att samla ansvaret för leverans av servicetjänster medför skalfördelar, eftersom ett koordinerat införande gör det möjligt att nå de volymer som krävs för effekthemtagning på områdes- eller sjukhusnivå. Det medför vidare skalfördelar inom rekrytering, kompetensutveckling och kontinuerlig kvalitetsutveckling. Att en aktör får helhetsansvar för vårdnära service ger också möjlighet att utveckla stödet till vården i bredare bemärkelse. Som nämnts tidigare kan detta omfatta alltifrån stöd i förändringsledning i samband med uppgiftsväxling till metoder för effekthemtagning.

➤ **Fortsatt införande och utveckling av vårdnära service bör genomföras i ett nära partnerskap mellan vård- och serviceförvaltningarna**

Det finns stor potential att fortsatt utveckla det vårdnära service-konceptet och därigenom förbättra stödet till vården. Ett fortsatt införande av vårdnära servicetjänster bör därför planeras och genomföras i ett nära partnerskap mellan sjukhusförvaltningarna och Region-service. För att lyckas krävs ett långsiktigt och genomgripande förändringsarbete där vården och Region-service gemensamt utvecklar, testar och följer upp arbetet. Inom ramen för ett sådant arbete är det viktigt att fördjupa kunskapen om verksamheternas behov gällande tjänster (både befintliga och nya) och dess omfattning. Det är också viktigt att även fortsatt löpande följa upp effekterna på ett heltäckande och strukturerat sätt, och att närmare analysera resultat i olika verksamheter. På så sätt ges underlag till en faktabaserad utveckling av vårdnära service.

6.2 Förslag på åtgärder för genomförande

Följande förslag på åtgärder syftar till att etablera nödvändiga förutsättningar för den fortsatta utvecklingen av vårdnära service i Västra Götalandsregionen.

➤ **Tydliggör uppdrag avseende vårdnära servicetjänster i reglementen för berörda styrelser**

För att skapa goda förutsättningar för samarbete mellan sjukhus- och serviceförvaltningarna samt för att uppnå en tydlig ansvarsfördelning i hur servicetjänster ska tillhandahållas i framtiden, bör uppdragen tydliggöras i de berörda styrelsernas reglementen. Det gäller i första hand reglementena för sjukhusstyrelserna samt den nya fastighets- och servicestyrelsen. På så sätt skapas tydliga mandat och goda förutsättningar för planering, leverans och uppföljning av tjänsterna. Uppdrag som ges i reglementen bör utformas med hänsyn till vad som framkommit i kartläggningen, och i synnerhet med hänsyn till de ovan beskrivna utgångspunkterna avseende regiongemensamma standarder, en samlad serviceorganisation och ett nära partnerskap mellan vård- och serviceförvaltningarna.

➤ **Utveckla den regionala ekonomistyrningen för att främja ett effektivt resursnyttjande**

En översyn av den nuvarande ekonomistyrningen bör genomföras i syfte att säkerställa ett effektivt resursnyttjande ur ett VGR-perspektiv och undvika suboptimering i utförandet av vårdnära serviceuppgifter. En sådan översyn bör genomföras utifrån de utgångspunkter som beskrivits ovan och främja ett förtroendefullt partnerskap mellan vård- och serviceorganisationerna med fokus på att hitta nya arbetssätt och nå en förbättrad kvalitet och effektivitet. Därutöver bör ekonomistyrningen utformas för att minimera onödig administration i såväl sjukhus- som serviceförvaltningarna. Ett sätt att uppnå dessa värden skulle kunna vara att flytta kostnadsansvaret för vårdnära service och tillhandahålla det som en ägarstyrd ”bastjänst” som alla verksamheter har tillgång till.

7. Litteraturförteckning

- [1] GrönBlå Samverkan, "Budget 2021 samt plan för ekonomin 2022-2023 för Västra Götalandsregionen," 2020.
- [2] Regionservice, "Politiska sammanträden och möteshandlingar, servicenämnden," 28 01 2022. [Online]. Available: <https://opengov.360online.com/Meetings/vgregion/Meetings/Details/2325227?agendaItemId=294744>.
- [3] Koncernstab HR, "Intern HR-data från år 2022," Västra Götalandsregionen, 2022.
- [4] Västra Götalandsregionen, "Servicepaketet, slutrapport," 2013.
- [5] Sveriges Kommuner och Regioner, "Utveckla arbetssätten - Strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården," 2020.
- [6] Socialstyrelsen, "Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024," 2020.
- [7] Koncernkontoret, Koncernstab HR, Västra Götalandsregionen, "Partsgemensam handlingsplan konkurrenskraftiga löner i sjukvården 2020," 2020.
- [8] Initiativet "Avlastning av vårdpersonal genom vårdnära service", "Intern data lönekostnader servicemedarbetare," 2021.
- [9] Arbetsgivaralliansen, Branschkommitté Vård och Omsorg, "Bransch- och löneavtal 2020 - 2023," Vårdförbundet.

Bilaga 1. Metodbeskrivning för kartläggning av vårdnära service

Förberedelser

För att konkretisera genomförandet av kartläggningen hölls ett inledande arbetsmöte mellan servicesamordnare från Regionservice och servicesansvarig vid respektive sjukhusförvaltning. I denna fas definierades

- I. vilka tjänster som skulle omfattas av utvärderingen – måltids- och livsmedelshantering, patienttransporter, dagligt patientnära städ, slutstäd av vårdplats på vårdavdelning, mellanstäd av undersöknings- och behandlingsrum på akutmottagning samt mellan- och slutstäd på operation och förlossning
- II. vilka verksamheter som skulle inkluderas – slutenvårdsverksamheter och relevanta öppenvårdsverksamheter vid regionens sjukhus
- III. metoder för datainsamling, samt
- IV. tidplan och process för utvärderingen.

I denna fas av arbetet utsågs kontaktpersoner vid varje sjukhusförvaltning och vid respektive område inom Regionservice. En arbetsgrupp från Regionservice etablerades också med ansvar för processledning och koordinering av det samlade utvärderingsarbetet.

Mål och ingångsvärden

Målet med kartläggningen definierades till att, per förvaltning samt regionövergripande, kunna beskriva:

- Regionservice leveranser av vårdnära service inom ramen för serviceöverenskommelser (SÖK) mellan förvaltningar och Regionservice
- Regionservice leveranser av vårdnära service inom initiativet *Avlastning av vårdpersonal genom vårdnära service*
- Kvarvarande potential för uppgiftsväxling av vårdnära serviceuppgifter från vårdpersonal till servicemedarbetare

I denna fas definierades även några centrala ingångsvärden som har använts som stöd i kartläggningsarbetet, såsom att:

- Vårdverksamheterna ska i så låg utsträckning som möjligt belastas med tidskrävande frågor
- Tjänsterna ska enbart kartläggas för verksamheter där det inte finns kända hinder för att de utförs av servicemedarbetare
- De metoder och datakällor som används ska göra det möjligt att genomföra arbetet inom ramen för en begränsad tidsperiod

Analysmetod och -verktyg

Stödunderlag togs fram för att på ett strukturerat och likartat sätt kunna ta fram och sammanställa dataunderlag från sjukhusen och Regionsservice. Dessa inkluderade:

- En Excelfil där kontaktpersonerna från Regionsservice förde in data över nuvarande leveranser
- En variabellista för datauttag från sjukhusförvaltningarna
- Exempelmallar och mejl som kunde användas vid insamling av data

Arbetsgruppen från Regionsservice ansvarade för att sammanställa dataunderlagen från sjukhusen och Regionsservice kontaktpersoner i respektive område. Arbetsgruppen genomförde i detta steg analyser över nuläget och den kvarvarande potentialen för uppgiftsväxling. För att skatta den kvarvarande potentialen för uppgiftsväxling användes följande formel:



Datakällor och datainsamling

En rad olika datakällor har använts i kartläggningsarbetet. I så stor utsträckning som möjligt är det samma typer av datakällor som har använts tvärs förvaltningar, men vissa skillnader förekommer mellan förvaltningar. Detta beror på vilken typ av data som funnits tillgänglig, samt i enstaka fall, skillnader i hur tjänsterna levereras. Ingående datakällor beskrivs i närmare detalj nedan.

Skattning av Regionsservice leveranser

Fem huvudsakliga datakällor har använts för att uppskatta omfattningen av Regionsservice leveranser, både inom ramen för SÖK och initiativet. Dessa är:

- Statistik från IT-systemet Columna (som framför allt används för beställning av patienttransporter och slutstäd av vårdplats på vårdavdelning)
- Pinnstatistik utförd av servicemedarbetare i verksamheterna (över antalet levererade städ och/eller antalet levererade patienttransporter)
- Scheman (som beskriver antalet timmar som levereras inom måltids- och livsmedelshantering)
- Kvalitativa skattningar från servicechefer och/eller servicemedarbetare
- Vårddata (som beskriver de dagliga patientnära städ som Regionsservice ansvarar för utifrån disponibla vårdplatser på avdelningar med stöd. På Skaraborgs sjukhus har även vårddata kunnat användas för att skatta Regionsservice leveranser av mellan- och slutstäd på operation och på SU för att skatta antalet mellanstäd på förlossningen.)

I tabellen nedan redovisas vilka datakällor som använts för att beskriva Regionsservice nuvarande leveranser, per tjänst.

Tjänst	Förvaltning	Column-statistik	Pinn-statistik	Vård-data	Scheman	Kvalitativa skattningar
Måltids- och livsmedels-hantering	NU-sjukvården				X	
	SiV				-	
	SkaS				X	
	SU				X	X
	SÄS				X	
Patient-transporter	NU-sjukvården	X	X			
	SiV	X				X
	SkaS		X			
	SU	X				
	SÄS	X				
Dagligt patientnära stöd	NU-sjukvården			X		
	SiV			X		
	SkaS			X		
	SU			X		
	SÄS			X		X
Slutstöd av vårdplats på vårdavdelning	NU-sjukvården	X	X			
	SiV					X
	SkaS		X			
	SU	X	X			X
	SÄS	X	X			
Mellanstöd på operation och förlossning	NU-sjukvården		X			
	SiV					X
	SkaS			X		
	SU	X	X	X		X
	SÄS		X			
Slutstöd på operation	NU-sjukvården		X			
	SiV					X
	SkaS			X		
	SU	X	X			X
	SÄS		X			
Mellanstöd på akutmottagning	NU-sjukvården		X			
	SiV					X
	SkaS		X			
	SU					X
	SÄS		X			

Skattning av kvarvarande potential

Som beskrivs ovan har den kvarvarande potentialen räknats ut genom att dra bort Regionsservice leveranser från skattningen av ”det fulla behovet” av respektive tjänst. Två huvudsakliga typer av data har använts för att skatta det fulla behovet och kvarvarande potential. Dessa är:

- vårddata från sjukhusen
- kvalitativa skattningar (från vården och Regionsservice)

Nedan beskrivs i närmare detalj vilka datakällor som använts för att skatta det fulla behovet av respektive tjänst.

Måltids- och livsmedelshantering

För denna tjänst har kvalitativa skattningar av Regionservice och/eller vårdpersonal använts för att beskriva den kvarvarande potentialen. Olika förutsättningar vid olika förvaltningar (exempelvis skillnader avseende i vilken utsträckning tjänsten levereras av Regionservice sedan tidigare) har föranlett användning av något skilda metoder. Nedan beskrivs dessa kortfattat per förvaltning.

NU-sjukvården

Regionservice levererar stöd inom måltids- och livsmedelshantering till majoriteten av avdelningarna inom NU-sjukvården och har därmed en god förkunnskap om tidsåtgången för tjänsten. Det genomsnittliga behovet har utifrån detta skattats till cirka 71 timmar per vecka och avdelning, där stöd vid samtliga måltider är relevant. Skattningen utgår från tidsåtgång vid andra avdelningar där Regionservice levererar tjänsten. För avdelningar där enbart ett begränsat stöd bedömts relevant (exempelvis stöd i personalkök) har Regionservice skattat den kvarvarande potentialen till 5 timmar/vecka. Notera att sjukhuset har kantinservering på alla avdelningar, vilket gör att serveringen tar längre tid än på sjukhus med bricksystem, såsom SÄS och SkaS.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset levereras i dag visst stöd från Regionservice inom måltids- och livsmedelshantering. Här har kvalitativ uppskattning genomförts av Regionservice utifrån uppskattningar av tidsåtgång i likartade verksamheter för att få fram schablontider som kunnat användas tvärs samtliga verksamheter. Det genomsnittliga behovet har skattats till cirka 71 timmar per vecka för avdelningar med kantin, 55 timmar per vecka för avdelningar med bricksystem, 20 timmar per vecka för avdelningar/mottagningar där enbart någon måltid om dagen är relevant och 5 timmar per vecka på de IVA-avdelningar som inte redan har stöd inom initiativet. För totalt sju avdelningar på Mölndal och Östra där kunnskap finns hos Regionservice om att avdelningen har egenanställda servicemedarbetare för måltidshantering, har den kvarvarande potentialen justerats ned. I dessa fall har servicechefer från Regionservice skattat eventuell kvarvarande potential utöver det stöd som avdelningen har från sina egna servicemedarbetare.

Sjukhusen i Väster

På Sjukhusen i Väster levereras i dag inget stöd från Regionservice inom måltids- och livsmedelshantering. Här har uppskattningar inhämtats från avdelningscheferna för respektive avdelning över antalet timmar vårdpersonalen lägger på de uppgifter som Regionservice skulle kunna ta över. Dessa tidsskattningar är de som har använts. För avdelningar som inte inkom med återkoppling har tidsskattningar som genomfördes 2019 använts.

Skaraborgs sjukhus (SkaS)

Här har en kvalitativ uppskattning genomförts av Regionservice utifrån uppskattningar av tidsåtgång i likartade verksamheter med bricksystem i andra förvaltningar, samt data över tidsåtgång för vårdpersonal i ett par verksamheter på sjukhuset. Det genomsnittliga behovet har utifrån detta skattats till cirka 55 timmar per vecka för avdelningar där stöd vid samtliga måltider är relevant, 20 timmar per vecka där enbart någon måltid om dagen är relevant och 5 timmar per vecka på IVA för stöd i exempelvis personalkök.

Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)

På Södra Älvsborgs sjukhus har en kvalitativ uppskattning genomförts av Regionservice, i dialog med vården, utifrån kännedom om dagens behov. Skattningarna har gjorts avdelning för avdelning, en enhetlig schablonid har med andra ord inte använts. Beställning av mat i Matilda och temperaturkontroller (HACCP-kontroller) har inte inkluderats i tidsskattningen, då det är aktiviteter som Regionservice inte erbjuder stöd inom på sjukhuset i dagsläget. Dessa aktiviteter kan dock bli relevanta att erbjuda på sikt.

Patienttransporter

Även för denna tjänst har det saknats möjlighet att skatta den kvarvarande potentialen med hjälp av vårddata. Kvalitativa metoder har i stället använts för att skatta den kvarvarande potentialen. Nedan beskrivs dessa kortfattat per förvaltning.

NU-sjukvården

Ett urval av avdelningar och mottagningar ombads att skatta andelen patienttransporter som de genomför på egen hand, utan att ta hjälp av servicemedarbetare, under en vanlig vecka. Sex av de 96 verksamheter som Regionservice levererar patienttransporter till inkom med svar. För övriga verksamheter har antagandet gjorts att Regionservice genomför 86% av deras patienttransporter, vilket är genomsnittet för de verksamheter som inkommit med återkoppling.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset har servicechefer utifrån sin kännedom om verksamheten, bedömt att den kvarvarande potentialen är försumbar på Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset. På Sahlgrenska har avdelningar och mottagningar ombetts att skatta andelen patienttransporter som de genomför på egen hand, utan att ta hjälp av servicemedarbetare, under en vanlig vecka. Sju verksamheter som Regionservice levererar patienttransporter till inkom med svar. För övriga verksamheter har antagandet gjorts att Regionservice genomför 90% av deras patienttransporter, vilket är genomsnittet för de verksamheter som inkommit med återkoppling.

Sjukhusen i Väster

Vid Sjukhusen i Väster genomfördes en kvalitativ uppskattning av Regionservice i dialog med ett antal verksamheter i vården. Utifrån detta skattades antalet patienttransporter per vecka som genomförs av vårdpersonal, utan att ta hjälp av servicemedarbetare.

Skaraborgs sjukhus (SkaS)

Avdelningar och mottagningar på sjukhusen i Skövde och Lidköping ombads att skatta andelen patienttransporter som de genomför på egen hand, utan att ta hjälp av servicemedarbetare, under en vanlig vecka. 19 verksamheter inkom med svar. För övriga verksamheter har antagandet gjorts att Regionservice genomför 21 % av deras patienttransporter, vilket är genomsnittet för de verksamheter som inkommit med återkoppling.

Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)

Samtliga avdelningar och mottagningar ombads att skatta andelen patienttransporter som de genomför på egen hand, utan att ta hjälp av servicemedarbetare, under en vanlig vecka. För avdelningar och mottagningar som inte inkom med svar gjordes antagandet att Regionservice genomför 73% av deras transporter, vilket är genomsnittet för de 19 verksamheter som inkom med återkoppling.

Lokalvårdstjänsterna

För samtliga lokalvårdstjänster har vårddata varit den huvudsakliga metoden som använts för att skatta det fulla behovet av tjänsterna. I tabellen nedan beskrivs vilka datakällor som använts för respektive tjänst.

Tjänst	Datakälla	Metodbeskrivning för skattning av det fulla behovet av tjänsten
Dagligt patientnära städ	Snittantal disponibla vårdplatser/avdelning, 2021	Ett antagande har gjorts om att samtliga vårdplatser som regel ska städas dagligen. Antalet vårdplatser har därmed multiplicerats med sju för att få en uppskattning av det fulla behovet per vecka.
Slutstäd av vårdplats på vårdavdelning	Snittantal vårdtillfällen/vecka, 2021	Ett antagande har gjorts om att varje vårdtillfälle genererar i snitt ett slutstäd. Det har skilt sig åt mellan förvaltningarna om avdelningsvårdtillfällen eller sjukhusvårdtillfällen använts för att göra skattningen. Detta har berott på om slutstäd som regel kan antas genomföras vid utskrivning från en avdelning eller i slutet av en sjukhusvistelse. I ett par fall har avdelningsvårdtillfällen inte varit tillgängliga och då har sjukhusvårdtillfällen använts.
Mellanstäd på akutmottagning	Snittantal besök/vecka på akutmottagningen, 2021	Ett antagande har gjorts om att behandlings- och undersökningsrum som regel bör rengöras mellan patienter. Utifrån detta har antal besök använts för att få en uppskattning av det fulla behovet av tjänsten.
Mellanstäd på operation och förlossning samt Slutstäd på operation	-	Skattning av det fulla behovet av tjänsten har ännu inte varit möjlig att genomföra i majoriteten av förvaltningarna. På Skaraborgs sjukhus har antalet operationer inom respektive utom det tidsfönster då Regionservice städar använts för att skatta andelen städ som genomförs av vårdpersonal.

Tidsskattningar

För att beskriva vad antalet städ och antalet patienttransporter som genomförs av servicemedarbetare respektive vårdpersonal motsvarar i tid, har schablontider för genomsnittlig tidsåtgång använts. Dessa schablontider är framtagna av Regionservice och baseras på vilka uppgifter som ingår i respektive tjänst samt kännedom om vad dessa motsvarar i tidsåtgång. De schablontider som använts är: 5 min/dagligt patientnära städ, 15 min/patienttransport, 30 min/slutstäd av vårdplats och 12 min/mellanstäd på akuten.

Begränsningar

Kartläggningen av vårdnära service har genomförts under mycket kort tid och berör frågor där det föreligger en stor komplexitet. Därför finns det flera viktiga begränsningar i arbetet, vilka beskrivs nedan.

Arbetet med att kartlägga Regionservice leveranser av vårdnära service har genomförts under en begränsad tidsperiod, vilket framför allt varit en utmaning i arbetet med att kartlägga tjänster där det i dagsläget saknas data avseende Regionservice leveranser. Exempelvis har flera förvaltningar ännu inte implementerat IT-system som registrerar antalet patienttransporter eller antalet städ som Regionservice genomför. För att reducera

påverkan av variationer i verksamheterna hade det varit mer optimalt att genomföra kartläggningen under en längre tidsperiod, för att möjliggöra manuell registrering över antalet vårdnära serviceuppgifter som utförs över tid. Då detta inte har varit möjligt har pinnstatistik i vissa fall förts under en kortare period (en till två veckor), vilket gör att säsongsvariationer och annan variation kunnat förekomma. I andra fall har kvalitativa skattningar utförts av servicechefer.

För att inte lägga en stor administrativ börda på vården har i huvudsak vårddata använts för att skatta den kvarvarande potentialen inom lokalvårdstjänsterna. För måltids- och livsmedelsförsörjning och patienttransporter saknas dock kvalitetssäkrade dataunderlag för att skatta vad vården gör själva. Här har kvalitativa skattningar varit nödvändiga. För skattning av kvarstående potential för måltids- och livsmedelsförsörjning har genomsnittliga schablontider använts. Detta ger en översiktlig bild, men för att bedöma det faktiska behovet på respektive avdelning/mottagning krävs närmare analys på enhetsnivå i dialog med verksamheten, vilket inte varit möjligt inom ramen för arbetet. För att skatta den kvarvarande potentialen inom patienttransporter har verksamheter kontaktats per mejl med förfrågan om att skatta antalet patienttransporter som vårdpersonal genomför på egen hand en vanlig vecka, och som skulle kunna genomföras av servicemedarbetare. Inom flera förvaltningar har svarsfrekvensen varit relativt låg, vilket gör att det finns en osäkerhet i skattningarna. Vidare har man vid NU-sjukvården signalerat att vissa av de patienttransporter som vården återkopplat att de genomför på egen hand är transporter som inte kan övertas av servicemedarbetare/där det fortsatt krävs att en av de två som kör patienten har vårdkompetens (exempelvis då det föreligger ett behov av övervakning.) Det går inte att utesluta att detta även skett i någon grad inom andra förvaltningar och att den kvarvarande potentialen därmed är något överskattad. Notera slutligen att för dessa två tjänster har metoden för insamling av information varierat något mellan förvaltningar. Detta bör beaktas vid jämförelser mellan förvaltningarna.

Användandet av vårddata för att skatta den kvarvarande potentialen för lokalvårdstjänsterna har skapat förutsättningar för att få likvärdiga bedömningar tvärs förvaltningar samt för att genomföra arbetet under en begränsad tidsperiod. Det har samtidigt reducerat belastningen på vården. Begränsningar finns dock i användandet av vårddata. Variablerna som använts har valts utifrån antagandet att de kan likställas med behovet av respektive städtjänst. Avvikelse kan förekomma här. Exempelvis har snittantalet disponibla vårdplatser 2021 använts för att skatta behovet av dagligt patientnära städ. I vissa fall kommer det inte att finnas ett behov av dagligt städ av alla vårdplatser, såsom om en patient skrivs ut och det i stället genomförs ett slutstäd, eller om en vårdplats inte är belagd. För skattning av behovet av slutstäd på vårdavdelning har antalet vårdtillfällen använts. I vissa fall, såsom vid behov av isolering på grund av smitta, kan dock flera slutstäd vara motiverade per vårdtillfälle. För skattning av behovet av mellanstäd på akutmottagningar har antalet besök använts. Detta utgår från ett antagande om att det ska städas mellan varje patient. Omfattningen av dessa städ kommer dock variera beroende på besökets karaktär.

För att minska påverkan av säsongsvariationer i bedömningen av den kvarvarande potentialen för lokalvårdstjänsterna användes vårddata från helåret 2021. Detta medför samtidigt andra osäkerheter. I flertalet fall har kartläggningen över Regionservice leveranser utgått från information om leveranser under våren. Om behovet av slutstäd av vårdplatser på en vårdavdelning har ökat under våren på grund av fler vårdtillfällen, så syns detta inte i underlaget. Skattningen av den kvarvarande potentialen blir då lägre än det reella behovet. Under 2021 påverkade vidare covid-19-pandemin vårdproduktionen. För

verksamheter vars belastning påverkades mycket av pandemin kan vårdproduktionen därmed sett annorlunda ut under våren. För två tjänster där vårddata initialt avsågs användas för att skatta den kvarvarande potentialen har skattningarna exkluderats mot denna bakgrund. Det avser mellan- och slutstäd på operation, där dataunderlaget inte ansetts tillräckligt tillförlitligt, sett till den stora påverkan som pandemin hade på verksamheterna.

Inom förvaltningarna förekommer i vissa fall lokala uppgiftsväxlingsprojekt, där vårdnära serviceuppgifter övertagits av lokalt anställda vård- och ekonomibiträden. I arbetet har det inte varit möjligt att kartlägga omfattningen av sådan lokal uppgiftsväxling, utan skattningar av den kvarvarande potentialen utgår i kartläggningen från antagandet om att vårdpersonal genomför arbetsuppgifterna. Enbart i ett fåtal fall på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, där Regionservice har kännedom om sådan uppgiftsväxling, har den kvarvarande potentialen reducerats med hänsyn till detta.

För att skapa en bild av vad den kvarvarande potentialen för uppgiftsväxling skulle motsvara i frigjord tid för vårdpersonal så har schablontider använts för genomsnittlig tidsåtgång per patienttransport respektive städ. Detta ger en uppfattning av vad dessa arbetsuppgifter motsvarar i effektiv arbetstid och därmed vilken tid som kan frigöras för vårdpersonal. Skattningarna är dock ungefärliga och avvikelser kan förekomma. Exempelvis finns det en stor variation i hur omfattande ett mellanstäd på akuten behöver vara, där vissa städ tar mindre tid och andra avsevärt mer tid. Skattningarna utgår vidare från att det är möjligt att växla alla arbetsuppgifter och att vårdpersonal och servicemedarbetare som utför arbetsuppgifterna är lika effektiva. För måltids- och livsmedelsförsörjning har skattningar av tidsåtgång i respektive förvaltning använts. Dessa baseras på skattningar från Regionservice och vården över antalet timmar som skulle behövas för att möta det fulla behovet av tjänsten (se kommentar ovan). Dessa skattningar kan ge en överskattad bild av antalet timmar som kan frigöras för vårdpersonal, om skattningarna även omfattar viss ställtid som uppstår mellan arbetsuppgifter. Det har dock inte bedömts finnas skäl att utgå från att tjänsterna skulle utföras mindre effektivt av utbildade servicemedarbetare än av sjuksköterskor och undersköterskor. Notera även att närmare analys ej har genomförts avseende effektiviteten i Regionservice nuvarande leveranser.

För att inte överskatta den kvarvarande potentialen för olika vårdnära servicetjänster har verksamheter exkluderats i fall där det finns kända hinder för att tjänsterna ska utföras av servicemedarbetare (exempelvis vid behov av övervakning vid patienttransport) samt i fall där en tjänst inte är relevant (exempelvis dagligt patientnära städ på avdelningar där patienter som regel inte ligger inne mer än ett dygn). För att inte belasta vårdpersonal har dessa bedömningar i huvudsak genomförts av Regionservice. Detta gör att det kan förekomma hinder för uppgiftsväxling av denna typ som inte har identifierats i kartläggningsarbetet. På motsvarande sätt kan det även finnas enskilda verksamheter, exempelvis mottagningar, där en tjänst är relevant, men där verksamheten inte har inkluderats. Som beskrivs under kapitel 2.2 *Utvärderingens avgränsningar* finns det en rad faktorer som påverkar vilka tjänster som är ändamålsenliga att växla från vårdpersonal till servicemedarbetare, även om det är teoretiskt möjligt. Analys av sådana faktorer, exempelvis förutsättningarna att skapa effektiva scheman, har inte varit möjliga att kartlägga i detta arbete.

Slutligen bör det poängteras att Sahlgrenska Universitetssjukhuset valde att delta i kartläggningsarbetet senare än övriga förvaltningar. Då kartläggningen inom förvaltningen

färdigställdes kort in på färdigställandet av denna slutrapport har förutsättningarna för förankring av kartläggningens resultat med serviceansvarig och andra nyckelpersoner inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset varit begränsade.

Bilaga 2. Beskrivning av vårdnära servicetjänster

Kartläggningen över införandet av vårdnära service vid Västra Götalandsregionens sjukhus har omfattat sju olika tjänster:

- Måltids- och livsmedelshantering
- Patienttransporter
- Dagligt patientnära städ
- Slutstäd av vårdplats på vårdavdelning
- Mellanstäd på operation och förlossning
- Slutstäd på operation
- Mellanstäd av behandlings- och undersökningsrum på akutmottagning

Nedan beskrivs i övergripande drag vad respektive tjänst omfattar. Notera att detta är generella beskrivningar och att lokala anvisningar utifrån överenskommelser med kunden kan avvika från dem. Lokala anvisningar avtalas utifrån behoven i den enskilda verksamheten.

Tjänst	Mål med tjänsten	Exempel på ingående aktiviteter
Måltids- och livsmedelshantering	En patientsäker hantering av livsmedel och måltider i linje med fastställt kontrollprogram för livsmedelshygien enligt HACCP En säkerställd tillgång till mat och dryck (sort, konsistens och mängd) i enlighet med patientbehov som kommunicerats av vårdpersonalen Ett rengjort personalrum	Beställa måltider i Matilda Förbereda måltider Iordningsställa brickor Diska & plocka undan efter måltider Rengöra ytor Koka kaffe & varmvatten inför raster Rengöra & tömma diskmaskin Leverans av livsmedel till avdelningskök Rengöring av kyl & frys i avdelningskök Temperaturkontroller
Patienttransporter	Att bistå vårdpersonalen med patienttransporter mellan vårdenheter inom sjukhusbyggnader	Patienttransporter mellan vårdenheter inom sjukhusbyggnader ²³
Dagligt patientnära städ	Att vårdplatsens tagytor rengörs dagligen i syfte att minska risk för spridning av smitta och skapa en trivsamt miljö runt patienten och en god arbetsmiljö för vårdpersonalen	Dammtorkning av sängbord, lampa och sängpanel Rengöring av tagytor på säng Rengöring av manöverhandtag och stång på ev. droppställning Rengöring av tagytor på rullande material för patient (till exempel rollator) och träningsredskap Tömning av sängbundna och vårdsgemensamma papperskorgar

²³ På SÄS Borås har även transporter av tomma sängar, rullstolar och bårvagn/britser ingått i kartläggningen

Slutstäd av vårdplats på vårdavdelning²⁴	Att säkerställa tillgång till smittrenad vårdplats när en ny patient är i behov av den	Rengöring av samtliga ytor på säng, sängbord inkl. hyllor och lådor, garderob, vårdplatsbunden stol, lampa och väggpanel Rengöring och förrådsättning av rullande material och träningsredskap Rengöring och tömning av sängbunden papperskorg Bäddning av säng enligt standard Slutstädning av toalett på enkelrum Smutstvätt och övrigt avfall transporteras till punkt för avhämtning
Mellanstäd på operation och förlossning	Att säkerställa tillgång till smittrenad operationssal respektive förlossningssal inför varje ny operation/förlossning samt en god arbetsmiljö för vårdpersonalen	Punktdesinfektion av golv Smutstvätt och övrigt avfall transporteras till punkt för avhämtning Ytdesinfektion av inventarier Rengöring av bord/säng, uppifrån och ned till golvet inklusive under madrass Moppning av hela golvytan Desinfektion av lösa inventarier Byte av avfallspåsar och avfallssäckar
Slutstäd på operation	Att säkerställa tillgång till smittrenad operationssal och en god arbetsmiljö för vårdpersonalen	Punktdesinfektion av golv Smutstvätt och övrigt avfall transporteras till punkt för avhämtning Ytdesinfektion av inventarier Rengöring av operationsbord, uppifrån och ned till golvet inklusive under madrass Moppning av hela golvytan Desinfektion av lösa inventarier Avfläckning av väggar och tak Avtorkning av sladdar Byte av avfallspåsar och avfallssäckar
Mellanstäd av behandlings- och undersökningsrum på akutmottagning	Mellanstädning sker när patienten lämnar undersöknings- eller behandlingsrummet. Syftet är att alla patienter ska erbjudas en smittrenad plats.	Rengöring av patientnära ytor inklusive brits, undersökningslampa, larmsignal, handtag, skärmvägg, droppstativ, undersökningsstol och besöksstol Rengöring av avlastningsbord och arbetsbänkar Rengöring av handfat inklusive dispensrar, hållare, kranar samt på och i handfatet Om toalett finns på rummet rengörs dörrhandtag, dörrkarmar, väggarmatur, handfat enligt ovan, duschhandtag och vattenblandare. Toalett rengörs uppifrån och ned

²⁴ Genomförs i samband med att patient byter vårdplats, skrivs ut eller avslutar isolering/bedömts som smittfri efter exempelvis gastroenterit

Bilaga 3. Verksamheter som ingått i kartläggningen av vårdnära service

I denna bilaga sammanställs de avdelningar/mottagningar som inkluderats i analyserna för respektive vårdnära servicetjänst. Avdelningar/mottagningar där tjänsterna inte bedömts relevanta har exkluderats för att inte överskatta potentialen för uppgiftsväxling. Detta gör att antalet verksamheter kan variera mellan olika tjänster, vilket beror på verksamheternas karaktär. I enskilda fall har avsaknad av data gjort att en avdelning behövt exkluderats.

Måltids- och livsmedelsförsörjning

NU-sjukvården		
Område	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Område 1	Avd 43/44 – Hjärtmedicin	Neurorehab avd
	Avd 53 – Stroke	Avd MÄVA 1
	Avd 54 – UK patienter – tillfällig avd	Avd MÄVA 2
	Avd 42 – Medicinavdelning magtarm, lever, endokrinologi	Avd 27 – Hematologi
	Avd 29 – Int med Mava	Avd 61 – Hematologi/ Hud/ Inf
	Avd 51 – Lunga	Diabetesmottagningen
		Dialys- och njursviktsmottagning
Område 2	Sektion IVA (avd 26)	Avd 63 – Kirurgi
	UVA Näl	Avd 4 – Ortopedi
	UVA US	Avd 52 – Ortopedi
	Avd 3 – Kirurgi	Avd 55 – Ortopedi
	Avd 45 – Kirurgi	Avd 14 – Palliativ vård
	Avd 62 – Kirurgi	
Område 3	BUP avd 28	Avd 37 – BB-enheten
	Avd 23 – Barn – och ungdomsvård	Avd 57 – Psykiatri
	Avd 35 – Kvinnosjukvård	Avd 64 – Psykiatri
	Avd 36 – Förlossning	Avd 67 - Psykiatri
SU		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Mölnadal	Avd. 205 Ögonsjukvård	Avd. 242 Psykos
	Avd. 232 Ortopedi	Avd. 241 Psykos
	Avd. 237 Medicin	Avd. 233 Ortopedi
	Avd. 238 Medicin	Avd. 233 Handkirurgi
	Avd. 239 MS/Strokeenheten	Avd. 231 Ortopedi
	IVA Mölnadal	Avd. 234 Geriatrik
	Avd. 240 Psykos	Avd. 235 Geriatrik
	Avd. 207 Psykiatri äldrepsyk	Dialysmottagningen
	NIVA	Avd. 132 Kirurgi
	TIVA	Avd. 139 Transplantation
Sahlgrenska	PIVA	Avd. 136 Kirurgi
	Avd. 69 Onkologi	Avd. 137 Kirurgi
	Avd. 16/32 Akut- & lungmedicin	Avd. 52 Onkologi
	Avd. 16/29 Endokrin & gastro	Avd. 54 Onkologi
	Avd. 15/28 Ortopedi	Avd. 131 Njurmedicin
	Avd. 18 ÖNH	Avd. 137 Traumaenhet
	Avd. 10/23 Neurokirurgi	Avd. 134 Ryggmärgsskador
	Avd. 133 Neurologi	Avd. 21 Geriatrik
	CIVA	Avd. 12/25 Thoraxkirurgi

Östra	Avd. 67 Gynekologi	Sömnmedicinsk avdelning
	Avd. 68 Gynekologi	Avd. 141 Hematologi
	Avd. 81 Psykiatri	Avd. 92 Kardiologi
	Avd. 80 Psykiatri	Avd. 90/91 MAVA
	Avd. 86 Psykiatri	Avd. 34 Geriatrik
	Avd. 115 Reumatologi	Avd. 13/26 Kardiologi
	Avd. 14/27 Plastikkirurgi	Avd. 135 Stroke
	Avd. 138 Kärlkirurgi	Dialysmottagningen
	Avd. 17/30 Urologi	
	Avd. 348 B KAVA	Avd. 354 Stroke
	Avd. 350 Kirurgi vårdavd.	Avd. 365 Psykiatri Affektiva
	Avd. 351 A Kirurgi vårdavd.	Avd. 362 Psykiatri Affektiva
	Akut korttidsavd. Barn	Avd. 352 A Gastroent
	BUP akutavd.	Avd. 355 Diabetes/Endokrin
	Avd. 367 Beroendekliniken	Avd. 353 Hematologi/trombos
	Rättspsyk gemensamt	Avd. 356 B MAVA
	IVA Östra	Avd. 357 Kardiologi
	Medicinavd. Barn	Avd. 301 Infektion
	Barnhjärtcentrum avd.	Avd. 302 Infektion
	BUP korttidsavd.	Avd. 303 Infektion
	Avd. 308/310 Förlossning	Avd. 304 Infektion
	Avd. 314/315 Special BB/förlossning	Avd. 364 Beroende unga vuxna
	Avd. 313 Gynekologi	Avd. 361 Psykiatri Affektiva
	Avd. 316 Neonatal intensivvård	Avd. 366 Psykiatri Affektiva
	Kirurgavd. Barn	Avd. 369 Psykiatri Affektiva
	Avd. 311/312 Förlossning	Avd. 363 Beroendekliniken
	Barncancercentrum avd. ½	DSBS Operation 2 barn (Dagop 320)
	Avd. 309 Neonatal	BIVA
	Barnhjärtcentrum dagsjukv.	SU Operation 1
	Avd. 315 Antenatal	Kvinnoklinikoperation
	BUP Anorexi/Bulimi	Allergi-, lung- och CF-mottagning barn
	Avd. 93 HIA	Dialysmottagningen
SiV		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Alingsås	Kirurgiavdelning	Medicinavdelning 7
	Ortopediavdelning	Medicinavdelning 9
	Medicinavdelning 5	Intensivvårdsavdelning (IVA)
Kungälv	Geriatrikavdelning 6	Medicinavdelning 8
	Kirurgiavdelning 1 - AVA	Psykiatriavdelning 10
	Kirurgiavdelning 2	Psykiatriavdelning 9
	Ortopediavdelning 3	Intensivvårdsavdelning (IVA)
	Medicinavdelning 7	
SkaS		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Skövde	Hematologiavdelning	Ortopediavdelning
	Infektionsavdelning	Infektion- och ortopediavdelning
	Akutvårdsavdelning	Barn- och ungdomsmedicinavdelning
	Hjärtavdelning (kardiologen)	BB Skövde
	Sårcentrum	BB Förlossning
	Njurmedicinavdelning	Allmänpsykiatriavdelning
	Kirurgavdelning	Beroendeavdelning
	Ögon-, öron-, näs och halsavdelning	Psykiatri akutvårdsavdelning
	Palliativ avdelning	Lungmedicinavdelning
	Urologiavdelning	Psykosavdelning
	Gynekologiavdelning	Postop/IVA
		Dialysmottagning

	Strokeenheten och rehabiliteringsavdelning	Barndagvård
	Medicinavdelning	
Lidköping	Kirurgavdelning	Medicinavdelning 6
	Medicinavdelning 4	Ortopediavdelning 3
	Medicinavdelning 5	
Säs		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Borås	Barnavdelning	Neonatalavdelning
	BB avdelning	Neurologiavdelning
	BUP akutavdelning	Ortopedisk vårdavdelning E51
	Förlossning	Operation 1
	Geriatrisk avdelning	Operation 2
	Gynekologisk avdelning	Palliativ avdelning
	Hjärtintensivavdelning, HIA	Rehabiliteringsmedicinsk avdelning
	Infektionsavdelning	Strokeavdelning
	Intensivvårdsavdelningen	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 2
	Kirurgiavdelning 2	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 3
	Kirurgisk akutvårdsavdelning, KAVA	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 4
	Lungvårdavdelning	Vårdavdelning för hematologi- och onkologi
	Mag-, tarm-, njuravdelning	Dialysmottagning Borås
	MAVA	
Skene	Vårdavdelning 1	Dialysmottagning Skene

Patienttransporter

NU-sjukvården		
Område	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Område 1	Avd 27 – Hematologi Avd 61 – Hematologi/ Hud/ Inf Avd 29 – Int med Mava Avd 43/44 – Hjärtmedicin Avd 53 – Stroke Avd 54 – UK patienter – tillfällig avd Avd 42 – Medicinavdelning magtarm, lever, endokrinologi	Avd 51 – Lunga Neurorehab avd Avd MÄVA 1 Avd MÄVA 2 <i>+ 30 mottagningar inom öppenvården</i>
Område 2	Sektion IVA (avd 26) UVA Näl UVA US Avd 3 – Kirurgi Avd 45 – Kirurgi Avd 62 – Kirurgi	Avd 63 – Kirurgi Avd 4 – Ortopedi Avd 52 – Ortopedi Avd 55 – Ortopedi Avd 14 – Palliativ vård <i>+ 14 mottagningar inom öppenvården</i>
Område 3	BUP avd 28 Avd 23 – Barn – och ungdomsvård Avd 34 - Neonatal Avd 35 – Kvinnosjukvård Avd 36 – Förlossning	Avd 37 – BB-enheten Avd 57 – Psykiatri Avd 64 – Psykiatri Avd 67 – Psykiatri <i>+ 21 mottagningar inom öppenvården</i>
SU		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Mölndal	Samtliga verksamheter	
Sahlgrenska	UVA avdelning Avd. 10/23 Neurokirurgi Avd. 113 Hudvård	ECT EEG – Klinisk Neurofysiologi mottagning GEA

Avd. 115 Reumatologi	Gynekologisk mottagning
Avd. 13 Kardiologi	Hjärtmottagning
Avd. 131 Njurmedicin	Huvudentré
Avd. 132 Kirurgi	Hörselvård
Avd. 133 Neurologi	Informationen
Avd. 134 Ryggmärgsskador	Iohexol njurfunktion Klinfys
Avd. 135 Stroke	IVF
Avd. 136 Kirurgi	KFU Klinisk fysiologi
Avd. 137 Kirurgi	Kirurgmottagning
Avd. 138 Kärlkirurgi	Kärlkirurgimottagning
Avd. 139 Transplantation	Lungdiagnostisk mottagning
Avd. 14/27 Plastikkirurgi	Lungmottagning
Avd. 141 Hematologi	Lungonkologisk mottagning
Avd. 15/28 Ortopedi	Mammografi
Avd. 16/29 Endokrin & gastro	Medicinmottagning
Avd. 18 ÖNH	MR 51 Gamla magnetröntgen
Avd. 19/32 Akut- & lungmedicin	MR 52 Gamla magnetkameran
Avd. 21 Geriatrik	Neurokirurgi inskrivning
Avd. 12/25 Thoraxkirurgi	Neuromuskulärt centrum
Avd. 26 Kardiologi	Neurooftamologisk mottagning
Avd. 17/30 Urologi	Njurmottagning
Avd. 31 Plastikkirurgi dagkirurgi	Nuklermedicin
Avd. 34 Geriatrik	Onkologimottagning
Avd. 52 Onkologi	Ortopedmottagning
Avd. 54 Onkologi	Plastikmottagning
Avd. 67 Gynekologi	Preoperativ mottagning
Avd. 68 Gynekologi	Prostatacancer center
Avd. 69 Onkologi	Provtagningscentralen
Avd. 80 Psykiatri	Punktionscytologiskmottagning
Avd. 81 Psykiatri	Reumatologimottagning
Avd. 86 Psykiatri	Röntgen norr
Avd. 90/91 MAVA	Röntgen plan 0
Avd. 92 Kardiologi	Röntgen söder
Avd. 93 HIA	Scapis bentäthetsmätning
CIVA Sahlgrenska	Strålbehandling
NIVA	Urologmottagning
PIVA	Vakten
TIVA	Öron-, näsa- och halsmottagning
Gamla röntgen	SU Intervention 1
71 Onkologen	SU Intervention 2 och 3
Akutmottagningen	KK-akuten gynmottagning
Andningsfysiologi	SU Operation 1 och 8
Hematologimottagning (avd 140)	SU Operation 4
Transplantationsmottagning (avd 143)	SU Operation 5
Dagvård Onkologi (avd. 53)	SU Operation 6
Blodcentralen	SU Operation 7
Dialysmottagningen	
Samtliga verksamheter	

Östra

SiV

Sjukhustomt Inkluderade avdelningar och mottagningar

Alingsås

Kirurgiavdelning
Ortopediavdelning
Medicinavdelning 5
Medicinavdelning 7

Medicinavdelning 9
Intensivvårdsavdelning (IVA)
Akutmottagning, Alingsås
Röntgen, Alingsås

Kungälv	Geriatriskavdelning 6 Kirurgiavdelning 1 - AVA Kirurgiavdelning 2 Ortopediavdelning 3	Medicinavdelning 7 Medicinavdelning 8 Intensivvårdsavdelning (IVA) Akutmottagning, Kungälv
SkaS		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Skövde	Kirurgiavdelning Palliativ avdelning Urologiavdelning Barn- och ungdomsmedicinavdelning BB Skövde BB Förlossning BB Neonatal Gynekologiavdelning Infektion- och ortopediavdelning Ortopediavdelning 81 Ögon-, öron-, näs- och halsavdelning Hematologiavdelning Lungmedicin och neurologiavdelning Medicinavdelning Strokeenheten och rehabiliteringsavdelning	Hjärtavdelning (kardiologen) Infektionsavdelning Njurmedicinavdelning Sårcentrum Akutvårdsavdelning Allmänpsykiatriavdelning Beroendeavdelning Psykiatri akutvårdsavdelning Psykosavdelning Postop/IVA Dialysmottagning Akutmottagningen Infektionsmottagningen Ögonmottagningen
Lidköping	Kirurgiavdelning Ortopediavdelning 3 Medicinavdelning 4 Medicinavdelning 5	Medicinavdelning 6 Postop/IVA Akutmottagningen
Falköping	Kirurgiavdelning övre gastro	Urologiavdelning
SÄS		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Borås	Barnavdelning BB avdelning BUP akutavdelning Förlossning Geriatrisk avdelning Gynekologisk avdelning Hjärtintensivavdelning, HIA Infektionsavdelning Intensivvårdsavdelningen Kirurgiavdelning 2 Kirurgisk akutvårdsavdelning, KAVA Lungvårdavdelning Mag-, tarm-, njuravdelning Medicinsk akutvårdsavdelning, MAVA Neonatalavdelning	Neurologiavdelning Ortopedisk vårdavdelning E51 Palliativ avdelning Rehabiliteringsmedicinsk avdelning Strokeavdelning Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 2 Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 3 Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 4 Vårdavdelning för hematologi- och onkologi Operation 1 Operation 2 Ögonoperation Postoperativ avdelning Borås <i>+ 80 mottagningar/dagverksamheter inom öppenvården</i>

Dagligt patientnära stöd

NU-sjukvården		
Område	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Område 1	Avd 27 – Hematologi Avd 61 – Hematologi/ Hud/ Inf Avd 29 – Int med Mava	Avd 42 – Medicinavdelning magtarm, lever, endokrinologi Avd 51 – Lunga

	Avd 43/44 – Hjärtmedicin	Neurorehab avd
	Avd 53 – Stroke	Avd MÄVA 1
	Avd 54 – UK patienter – tillfällig avd	Avd MÄVA 2
Område 2	Avd 3 – Kirurgi	Avd 4 – Ortopedi
	Avd 45 – Kirurgi	Avd 52 – Ortopedi
	Avd 62 – Kirurgi	Avd 55 – Ortopedi
Område 3	Avd 63 – Kirurgi	Avd 14 – Palliativ vård
	BUP avd 28	Avd 37 – BB-enheten
	Avd 23 – Barn – och ungdomsvård	Avd 57 – Psykiatri
	Avd 34 – Neonatal	Avd 64 – Psykiatri
	Avd 35 – Kvinnosjukvård	Avd 67 – Psykiatri
SU		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Mölndal	Avd. 232 Ortopedi	Avd. 207 Psykiatri äldrepsyk
	Avd. 234 Geriatrik	Avd. 233 Ortopedi
	Avd. 235 Geriatrik	Avd. 239 Strokeenheten
	Avd. 237 Medicin	Avd. 231 Ortopedi
	Avd. 238 Medicin	
Sahlgrenska	Avd. 10/23 Neurokirurgi	Avd. 138 Kärlkirurgi
	Avd. 15/28 Ortopedi	Avd. 139 Transplantation
	Avd. 16/29 Endokrin & gastro	Avd. 67 Gynekologi
	Avd. 18 ÖNH	Avd. 68 Gynekologi
	Avd. 19/32 Akut- och lungmedicin	Avd. 81 Psykiatri
	Avd. 21 Geriatrik	Avd. 80 Psykiatri
	Avd 13/26 Kardiologi	Avd. 86 Psykiatri
	Avd. 14/27 Plastikkirurgi	Avd. 115 Reumatologi
	Avd. 90/91 MAVA	Avd. 17/30 Urologi
	Avd. 92 Kardiologi	Avd. 52 Onkologi
	Avd. 93 HIA	Avd. 54 Onkologi
	Avd. 131 Njurmedicin	Avd. 69 Onkologi
	Avd. 133 Neurologi	Avd. 134 Ryggmärgsskador
	Avd. 132 Kirurgi	Avd. 12/25 Thoraxkirurgi
	Avd. 135 Stroke	Avd. 141 Hematologi
	Avd. 136 Kirurgi	Avd. 34 Geriatrik
	Avd. 137 Kirurgi	
Östra	Avd. 348 B KAVA	Avd. 354 Stroke
	Avd. 350 Kirurgi	Avd. 352 A Gastroent
	Avd. 351 A Kirurgi vårdavd, IVA Östra	Avd. 355 Diabetes/Endokrin
	Medicinavd. Barn	Avd. 353 Hematologi/trombos
	Barnhjärtcentrum avd	Avd. 356 B MAVA
	Avd. 316 Neonatal intensivvård	Avd. 357 Kardiologi
	Kirurgavd. Barn	Avd. 301 Infektion
	Barncancercentrum avd. ½	Avd. 302 Infektion
	Avd. 309 Neonatal	Avd. 303 Infektion
	Barncancercentrum dagsjukv.	Avd. 304 Infektion
	Avd. 315 Antenetal	Avd. 364 Beroende unga vuxna
	BUP Anorexi/Bulimi	Avd. 363 Beroendekliniken
SiV		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Alingsås	Kirurgiavdelning	Medicinavdelning 7
	Ortopediavdelning	Medicinavdelning 9
	Medicinavdelning 5	

Kungälv	Geriatriskavdelning 6 Kirurgiavdelning 1 - AVA Kirurgiavdelning 2 Ortopediavdelning 3	Medicinavdelning 7 Medicinavdelning 8 Psykiatriavdelning 10 Psykiatriavdelning 9
SkaS		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Skövde	Kirurgavdelning Lungmedicin och neurologiavdelning Medicinavdelning Palliativ avdelning Urologiavdelning Barn- och ungdomsmedicinavdelning BB Skövde BB Neonatal Gynekologiavdelning Infektions- och ortopediavdelning	Ortopediavdelning 81 Ögon-, öron-, näs- och halsavdelning Hematologiavdelning Strokeenheten och rehabiliteringsavdelning Hjärtavdelning (Skövde) Infektionsavdelning Njurmedicinavdelning Sårcentrum Akutvårdsavdelning Allmänpsykiatriavdelning
Lidköping	Kirurgavdelning Ortopediavdelning 3 Medicinavdelning 4	Medicinavdelning 5 Medicinavdelning 6
SÄS		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Borås	Barnavdelning BB avdelning BUP akutavdelning Geriatrisk avdelning Gynekologisk avdelning Hjärtintensivavdelning, HIA Infektionsavdelning Kirurgiavdelning 2 Kirurgisk akutvårdsavdelning, KAVA Lungvårdavdelning Mag-, tarm-, njuravdelning	Medicinsk akutvårdsavdelning, MAVA Neonatalavdelning Neurologiavdelning Ortopedisk vårdavdelning E51 Palliativ avdelning Rehabiliteringsmedicinsk avdelning Strokeavdelning Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 2 Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 3 Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 4 Vårdavdelning för hematologi- och onkologi
Skene	Vårdavdelning 1	

Slutstäm av vårdplats på vårdavdelning

NU-sjukvården		
Område	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Område 1	Avd 27 – Hematologi Avd 61 – Hematologi/ Hud/ Inf Avd 29 – Int med Mava Avd 43/44 – Hjärtmedicin Avd 53 – Stroke Avd 54 – UK patienter – tillfällig avd	Avd 42 – Medicinavdelning magtarm, lever, endokrinologi Avd 51 – Lunga Neurorehab avd Avd MÄVA 1 Avd MÄVA 2
Område 2	Avd 3 – Kirurgi Avd 45 – Kirurgi Avd 62 – Kirurgi Avd 63 – Kirurgi	Avd 4 – Ortopedi Avd 52 – Ortopedi Avd 55 – Ortopedi Avd 14 – Palliativ vård
Område 3	BUP avd 28 Avd 23 – Barn – och ungdomsvård Avd 34 – Neonatal Avd 35 – Kvinnosjukvård	Avd 37 – BB-enheten Avd 57 – Psykiatri Avd 64 – Psykiatri Avd 67 – Psykiatri

SU		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Mölndal	Avd. 205 Ögonsjukvård	Avd. 207 Psykiatri äldrepsykiatri
	Avd. 232 Ortopedi	Avd. 233 Handkirurgi
	Avd. 234 Geriatrik	Avd. 233 Ortopedi
	Avd. 235 Geriatrik	Avd. 239 Strokeenheten
	Avd. 237 Medicin	Avd. 231 Ortopedi
	Avd. 238 Medicin	
Sahlgrenska	Avd. 10/23 Neurokirurgi	Avd. 138 Kärlkirurgi
	Avd. 15/28 Ortopedi	Avd. 139 Transplantation
	Avd. 16/29 Endokrin & gastro	Avd. 67 Gynekologi
	Avd. 18 ÖNH	Avd. 68 Gynekologi
	Avd. 19/32 Akut- och lungmedicin	Avd. 81 Psykiatri
	Avd. 21 Geriatrik	Avd. 80 Psykiatri
	Avd. 13/26 Kardiologi	Avd. 86 Psykiatri
	Avd. 14/27 Plastikkirurgi	Avd. 115 Reumatologi
	Avd. 17/30 Urologi	Avd. 52 Onkologi
	Avd. 90/91 MAVA	Avd. 54 Onkologi
	Avd. 92 Kardiologi	Avd. 69 Onkologi
	Avd. 131 Njurmedicin	Avd. 134 Ryggmärgsskador
	Avd. 133 Neurologi	Avd. 12/25 Thoraxkirurgi
	Avd. 132 Kirurgi	Sömnmedicinsk avdelning
	Avd. 135 Stroke	Avd. 141 Hematologi
	Avd. 136 Kirurgi	Avd. 34 Geriatrik
	Avd. 137 Traumaenhet	PIVA Sahlgrenska
Östra	Avd. 348 B KAVA	Avd. 354 Stroke
	Avd. 350 Kirurgi	Avd. 365 Psykiatri Affektiva
	Avd. 351 A Kirurgi vårdavd.	Avd. 362 Psykiatri Affektiva
	Akut korttidsavd. Barn	Avd. 352 A Gastroent
	Avd. 367 Beroendekliniken	Avd. 355 Diabetes/Endokrin
	Rättsspsykiatrisk gemensamt	Avd. 353 Hematologi/trombos
	IVA Östra	Avd. 356 B MAVA
	Medicinavd. Barn	Avd. 357 Kardiologi
	Barnhjärtcentrum avd.	Avd. 301 Infektion
	BUP korttidsavd	Avd. 302 Infektion
	Avd. 313 Gynekologi	Avd. 303 Infektion
	Avd. 316 Neonatal	Avd. 304 Infektion
	Barnhjärtcentrum dagsjukvård.	Avd. 354 Beroende unga vuxna
	Kirurgiavd. Barn	Avd. 361 Psykiatri Affektiva
	Barncancercentrum avd. ½	Avd. 366 Psykiatri Affektiva
	Avd. 309 Neonatal	Avd. 369 Psykiatri Affektiva
	Barnhjärtcentrum dagsjukv.	Avd. 363 Beroendekliniken
	Avd. 315 Antenetal	BIVA
	BUP Anorexi/Bulimi	
Siv		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Alingsås	Kirurgiavdelning	Medicinavdelning 7
	Ortopediavdelning	Medicinavdelning 9
	Medicinavdelning 5	Intensivvårdsavdelning (IVA)
Kungälv	Geriatrikavdelning 6	Medicinavdelning 8
	Kirurgiavdelning 1 - AVA	Psykiatriavdelning 10
	Kirurgiavdelning 2	Psykiatriavdelning 9
	Ortopediavdelning 3	Intensivvårdsavdelning (IVA)
Frölunda	Medicinavdelning 7	
	Vård-övervakningsavdelning	

SkaS		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Skövde	Kirurgavdelning	Medicinavdelning
	Palliativ avdelning	Strokeenheten och rehabiliteringsavdelning
	Urologiavdelning	Hjärtavdelning (kardiologen)
	Barn- och ungdomsmedicinavdelning	Infektionsavdelning
	BB Skövde	Njurmedicinavdelning
	BB Neonatal	Sårcentrum
	Gynekologiavdelning	Akutvårdsavdelning
	Infektion- och ortopediavdelning	Allmänpsykiatriavdelning
	Ortopediavdelning 81	Beroendeavdelning
	Ögon-, öron-, näs- och halsavdelning	Psykiatri akutmåvårdsavdelning
	Hematologiavdelning	Psykosavdelning
	Lungmedicin och neurologiavdelning	Postop/IVA
Lidköping	Kirurgavdelning	Medicinavdelning 5
	Ortopediavdelning 3	Medicinavdelning 6
	Medicinavdelning 4	
Falköping	Kirurgiavdelning övre gastro	Urologiavdelning
SÄS		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Borås	Barnavdelning	Medicinsk akutmåvårdsavdelning, MAVA
	BB avdelning	Neonatalavdelning
	BUP akutavdelning	Neurologiavdelning
	Geriatrisk avdelning	Ortopedisk vårdavdelning E51 Palliativ avdelning
	Gynekologisk avdelning	Rehabiliteringsmedicinsk avdelning
	Hjärtintensivavdelning, HIA	Strokeavdelning
	Infektionsavdelning	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 2
	Intensivvårdsavdelningen	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 3
	Kirurgiavdelning 2	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 4
	Kirurgisk akutmåvårdsavdelning, KAVA	Vårdavdelning för hematologi- och onkologi
	Lungvårdavdelning	
	Mag-, tarm-, njuravdelning	
	Vårdavdelning 1	
Skene		

Mellan- och slutstöd på operation och förlossning²⁵

NU-sjukvården		
Område	Inkluderade verksamheter	
Område 2	Operationsverksamhet på Näl	Operationsverksamhet på US
Område 3	Avd. 36 – Förlossning	
SU		
Sjukhustomt	Inkluderade avdelningar och mottagningar	
Mölndal	Operation 1	Operation 3
	Operation 2	Operation 4
Sahlgrenska	SU Operation 1 och 8	SU Operation 6
	SU Operation 2	SU Operation 7
	SU Operation 4	SU Intervention 1
	SU Operation 5	SU Intervention 2 och 3
Östra	DSBS operation 2 barn (Dagop 320)	DSBS Operation 3 Östra

²⁵ Samtliga stöd på förlossningarna redovisas som mellanstöd i denna kartläggning

SU Operation 2 Östra (Kkop)
 SU Operation 1 Östra
 DSBS Operation 1 barn

Avd. 308/310 Förlossning
 Avd. 311/312 Förlossning
 Avd. 314/315 Special BB/förlossning

SiV		
Sjukhustomt	Inkluderade verksamheter	
Alingsås	AL operation	
Angered	ANS operation	
Kungälv	KS operation	
Frölunda	FSS operation	
SkaS		
Sjukhustomt	Inkluderade verksamheter	
Skövde	Operationsverksamhet (samlat)	BB Förlossning
Lidköping	Operationsverksamhet (samlat)	
Falköping	Operationsverksamhet (samlat)	
SÄS		
Sjukhustomt	Inkluderade verksamheter	
Borås	Hjärtintensivavdelning, HIA Operationsenhet 1 Operationsenhet 2	Ögonoperation Förlossningen
Skene	Operationsavdelning Skene	

Mellanstäd av behandlings- och undersökningsrum på akutmottagning

Förvaltning	Inkluderade verksamheter
NU-sjukvården	Akutmottagningen på NÄL
SU	Akutmottagningen på Mölndal sjukhus Akutmottagningen på Sahlgrenska Gynekologiakuten på Sahlgrenska Akutmottagningen på Östra sjukhuset Barnakuten på Östra sjukhuset
SiV	Akutmottagningen i Alingsås Akutmottagningen i Kungälv
SkaS	Akutmottagningen i Skövde Akutmottagningen i Lidköping
SÄS	Akutmottagningen i Borås