

Landstinget Dalarna

Allas rätt till en likvärdig
geriatrisk vård

Revisionsrapport

KPMG
2006-01-17
Antal sidor 10

Innehåll

1.	Uppdraget och dess inriktning	1
2.	Vad är geriatrik?	2
3.	Organisation och struktur	3
3.1	Strukturförändringar	5
4.	Det geriatriska uppdraget	6
4.1	Närsjukvården	7
4.1.1	Samverkan	7
4.1.2	Framtida utveckling	8
5.	Vård på lika villkor? – Sammanfattande slutsatser	9

1. Uppdraget och dess inriktning

KPMG har fått i uppdrag att genomföra en granskning av ”Allas rätt till en likvärdig geriatrisk vård”.

En viktig utgångspunkt för granskningen är att alla invånare i länet oavsett var man geografiskt är bosatt skall ha likartad tillgång till den trygghet en väl fungerande vård innebär. Genom att de äldre i samhället utgör den enskilt största gruppen av vårdkonsumenter ser revisorerna det som särskilt intressant att närmare studera denna invånargrups faktiska tillgång.

I denna granskning begränsas frågeställningen till att omfatta den geriatriska vården. Syftet med granskningen har varit att ge ett underlag för bedömning av om äldre invånare har en likartad tillgång till geriatrisk vård oavsett var i länet man är bosatt.

Nedan anges ett antal områden/frågeställningar som granskningen inriktats på.

Mål och uppföljning

- Finns fastställda mål avseende tillgängligheten inom geriatriken?
- Finns någon strategi hur dessa mål ska uppnås?
- Vilka effekter förväntas en mer utvecklad närsjukvård, i enlighet med landstingets verksamhetsplan, ge?
- Vilka ytterligare utvecklingsmöjligheter finns i ett framtidsperspektiv?
- Hur sker redovisning och uppföljning av att verksamheten/geriatriken genomför sitt uppdrag och uppfyller sina mål?

Organisation - Översiktlig beskrivning

- Vilka beslut finns avseende närsjukvården och vad innebär de för geriatriken?
- Hur långt har landstinget kommit i processen med att utveckla närsjukvården?
- Vilket underlag finns i form av behovsanalyser mm, som ligger till grund för utbudet av geriatriska slutenvårdsplatser?
- Hur är geriatriken organiserad i dagsläget (geografiskt, slutenvård, öppenvård, samverkan med kommunerna samt andra enheter inom landstinget)?

Tillgång till geriatrisk vård

- Har länets äldre tillgång till geriatrisk vård och geriatriska slutenvårdsplatser som kan anses vara likvärdig oavsett bostadsort?
- Görs någon uppföljning/mätning av hur länets äldre upplever tillgången till geriatrisk vård? Om så är fallet, resultat?

- Görs någon uppföljning/mätning av den verkliga tillgången av geriatrisk vård i förhållande till verkligt behov? Om så är fallet, resultat?

Granskningen har genomförts genom att relevant dokumentation inhämtats och genom intervjuer med nyckelpersoner. Intervjuer har skett med landstingsdirektören, chefen för närsjukvården och närsjukvårdscheferna för närsjukvårdsområdena Mellersta Dalarna och Västerbergslagen. Vi har även intervjuat cheferna för samtliga geriatriska kliniker/enheter i länet. Inom dessa kliniker bedrivs geriatrisk rehabilitering. På Avesta sjukhus finns även akutplatser för geriatrisk vård.

Granskningen har framför allt avgränsats till de geriatriska klinikerna/motsvarande, dvs slutenvård samt öppenvård samt hemsjukvård som är knuten till klinikerna/motsvarande. Vi kommenterar dock ibland vården av äldre som helhet beroende på att vi vill sätta in den geriatriska vården i sitt sammanhang.

2. Vad är geriatrik?

Vi har inledningsvis angivit att granskningen framför alla inriktats mot de geriatriska klinikerna. Avgränsningen kan tyckas ha sina brister då det inte täcker in all vård av äldre. En sådan granskning skulle dock bli ett mycket omfattande revisionsprojekt. Geriatrik är en egen specialitet vilket också motiverar avgränsningen.

Geriatrik avser läran om sjukdomar i samband med åldrandet. Man kan också säga att det är den del av medicinen som arbetar med kliniska, preventiva, behandlingsmässiga och sociala synpunkter/aspekter av sjukdom hos äldre personer. När räknas en person som äldre? Gränsen sätts oftast vid 65 år och uppåt. Detta innebär att stor del av de äldre patienterna aldrig hamnar inom de geriatriska klinikerna. Enligt landstingets utredningsrapport inför vårdplatsreduktionen 2005 är medicinklinikerna, kardiologkliniken samt infektionskliniken de som tar emot huvuddelen av de äldre som insjuknar akut i Landstinget Dalarna. I rapporten anges att 40 % av de patienter som tas in akut är 80 år och äldre och nästan lika många anges vara 65 till 80 år. De patienter som kommer till en geriatrisk klinik eller avdelning kommer vanligen till den geriatriska kliniken, för rehabilitering, hemifrån eller från akutklinikerna. Geriatriken i Avesta har även akutinläggningar vilket också förekommer i Ludvika.

En av de vi intervjuat under granskningen sade att ”Geriatriken har två hörnstenar – helhetssyn på individen och team där olika yrkesgrupper arbetar tillsammans på lika villkor.” Vi tycker att det på ett bra sätt sammanfattar den beskrivning flertalet intervjuade lämnat om geriatrikens unika kompetens.

En diskussion har förts avseende om geriatrik ska vara en egen specialitet eller inte. Socialstyrelsen har föreslagit att man ska göra geriatrik till en grenspecialitet inom internmedicin. I december 2005 beslutade regeringen om ny specialistindelning, vilken träder i kraft den 1 juni 2006. Beslutet innebär att geriatriken förblir en egen specialitet.

3. Organisation och struktur

I Landstinget Dalarna är den geriatriska slutenvården i huvudsak organiserad som särskilda kliniker inom närsjukvården med lokalisering i Avesta, Ludvika (samordnad med medicinkliniken), Borlänge och Falun. I Mora ingår geriatriken i medicinkliniken som är organiserad inom länssjukvården. Genom att patienterna vid medicinklinikernas slutenvårdsavdelningar till stor andel utgörs av äldre kan ibland gränsdragningen till geriatriken upplevas som diffus.

I verksamhetsplanen 2006 – 2009 redovisas att i Dalarna är andelen av befolkningen över 65 år 20 %, vilket ska jämföras med rikets 17 %. Om strukturbeslutet fullföljs kommer Landstinget Dalarna att ha 84 geriatriska rehabiliteringsplatser och 8 akutgeriatriska vårdplatser. Det skulle innebära 0,33 vårdplatser (inkl de akutgeriatriska platserna) per 1 000 invånare. För riket som helhet är antal vårdplatser inom geriatrik 0,22 platser per 1 000 invånare (enligt de uppgifter som finns i Sveriges kommuner och landstings statistik avseende hälso- och sjukvården 2004).

Nedan redovisas antal invånare per närsjukvårdsområde samt invånare 65 år och äldre, invånare 85 år och äldre samt uppgifter om vårdplatser i den geriatriska slutenvården (främst vpl för geriatrisk rehabilitering). Uppgifterna avseende invånarantalet avser 2004 och är hämtade i WebOr, Sveriges kommuner och landstings databas. Antalet vårdplatser har vi fått fram via strukturbeslutet 2005 och granskningens intervjuer. Syftet med tabellen är framförallt att få en överblick avseende närsjukvårdsområdenas befolkningsunderlag samt hur antalet vårdplatser är fördelade mellan närsjukvårdsområdena.

Närsjukvårdsområde	Antal inv	Inv 65 år –	Inv 85 år –	Antal vpl	Antal vpl/ 1 000 inv 65 år –
Södra Dalarna	37 608	7 856	1 108	20*)	2,5
Västerberslagen	36 705	7 988	1 154	12	1,5
Mellersta Dalarna	68 059	12 043	1 572	24	2,0
Falun	54 994	9 914	1 268	19	1,9
Norra/Västra Dalarna	78 676	17 219	2 510	24	1,4
Hela länet	276 042	55 020	7 612	99	1,8

*) Inkl 8 akutgeriatriska platser på Avesta sjukhus

Enligt tabellen ovan skiljer sig antal vårdplatser per 1 000 invånare som är 65 år och äldre mellan de olika närsjukvårdsområdena. Skillnaderna förklaras av landstinget med att det i närsjukvårdsområdet Södra Dalarna, dvs på Avesta sjukhus, finns 8 akutgeriatriska platser (vilket i sin tur anges medföra att medicinkliniken i Avesta har lika många färre platser än man annars skulle ha haft). Räknar man bort de akutgeriatriska platserna blir antal vårdplatser per 1 000

invånare som är 65 år och äldre 1,5. Borlänge sjukhus har just nu 24 vårdplatser, men fullföljs strukturbeslutet, dvs att det sker en minskning med 6 vårdplatser, har även närsjukvårdsområdet Mellersta Dalarna 1,5 vårdplatser per 1 000 invånare som är 65 år och äldre. Diskussioner förs med kommunen om att det ska skapas 6 kommunala korttidsvårdsplatser på sjukhuset. Inget är dock beslutat ännu. Enligt uppgift från landstinget vårdas halva befolkningen i Leksands kommun samt halva befolkningen i Vansbros kommun på Falu lasarett. Görs en justering för detta i beräkningarna är antalet vårdplatser per 1 000 invånare och äldre 1,5 vårdplatser i Faluns närsjukvårdsområde och 1,6 i närsjukvårdsområdet Norra/Västra Dalarna. Detta skulle innebära att antal vårdplatser för geriatrisk rehabilitering är ganska jämt fördelade mellan de olika närsjukvårdsområdena om strukturbeslutet genomförs som planerat. Det är dock svårt att utan djupare analys bedöma om antalet vårdplatser motsvarar det verkliga behovet eftersom behovet av platser samverkar med tillgänglig vård inom andra delar av landstinget samt kommunerna.

Mora lasarett

Den geriatriska sjukvården på Mora lasarett ingår som en enhet i medicinkliniken och tillhör länssjukvården. Den geriatriska enheten ansvarar för den geriatriska slutenvården inom Närsjukvårdsområdet Norra och Västra Dalarna som omfattar sju kommuner (Leksand, Vansbro, Malung, Rättvik, Mora, Orsa och Älvdalen) och har 24 vårdplatser. Enligt strukturbeslutet skulle geriatriska verksamheten ha minskat med en plats men de ekonomiska effekterna bedöms endast bli marginell vid en sådan neddragning. Verksamheten svarar för strokesjukvård och rehabilitering inom den slutna vården samt en mottagningsverksamhet, vilken anses motsvara befintliga behov. Det finns också en paramedicins verksamhet, som inte tillhör enheten, som även utför viss rehabilitering i hemmet. Den palliativa vården i hemmet sker av primärvården. Det finns en efterfrågan avseende platser på sjukhuset som är reserverade för palliativa patienter. Den geriatriska kliniken har inget uppdrag gentemot kommunerna och det anges inte vara möjligt med nuvarande bemanning och bristande tillgång till geriatriker.

Falu lasarett

På Falu lasarett finns en klinik för geriatrisk rehabilitering, GerRehab. Kliniken ingår i Falu närsjukvårdsområde och har 19 vårdplatser. På sjukhuset finns också en rehabiliteringsmedicin (12 vårdplatser) som är en länsspecialitet och som främst omfattar rehabilitering av ryggmärgsskador, hjärnskador, stroke, neurologiska sjukdomar och multitrauma. Det finns ÖppenRehab inom vilken det finns en sektion för geriatriks öppenvård. Där finns bl.a. ett demensteam. GerRehab köper personalresurser i form av sjukgymnaster och arbetsterapeuter från länssjukvården. Försök med hemrehabilitering och läkarstöd till särskilda boenden pågår i samarbete med kommunen och primärvården.

Borlänge sjukhus

Den geriatriska kliniken på Borlänge sjukhus ingår i närsjukvårdsområdet Mellersta Dalarna och ansvarar för den geriatriska vården i tre kommuner, dvs Säter, Borlänge och Gagnef. Sedan 2005 pågår ett försök med en gemensam nämnd med Borlänge kommun samt ett samverkansavtal med Gagnefs kommun. Kliniken har 24 slutenvårdsplatser samt två platser reserverade för MOH (medicinskt omfattande hemsjukvård) – patienter. Kliniken har i uppdrag att göra en besparing som har beräknats motsvara 6 vårdplatser. Vid granskningstillfället hade en sådan neddragning inte beslutats då 6 vårdplatser inte anges medföra beräknad besparing utan det kräver en

minskning av ytterligare platser. Ärendet var vid granskningstillfället under diskussion. Kliniken har även en dagrehabilitering för bl.a patienter med MS, Parkinson och stroke. Det är en rehabilitering för patienter i alla åldrar. Kliniken ansvarar för MOH (Medicinskt Omfattande Hemsjukvård) när det gäller Borlänges kommun. Kliniken har en geriatrisk mottagning för strokepatienter samt demensutredningar. Man ansvarar även för hemrehabilitering samt är konsulter i de särskilda boendena.

Avesta sjukhus

Avesta sjukhus har en geriatrisk klink med 20 vårdplatser. Kliniken ingår i närsjukvårdsområdet Södra Dalarna och ansvarar för befolkningen i två kommuner, dvs Avesta kommun och Hedemora kommun. Kliniken har enligt uppgift en strokenhet enligt de nationella riktlinjerna. Tio vårdplatser är för både akuta patienter samt rehabilitering. Patienterna kommer som regel direkt till kliniken. Kliniken har också 10 vårdplatser för ortopedisk rehabilitering. Dessa patienter kommer via sjukhuset i Falun. Det finns också trygghetsplatser och palliativa platser samt en mottagning för demensutredning, stroke- och hjärtsjukvård, mm. Kliniken vill starta en äldremottagning för multisjuka äldre. Det finns också en dagrehabilitering för patienter med MS, Parkinson, mm. Mottagningen är för patienter i alla åldrar. Kliniken ansvarar för MOH, som är tillgänglig för hela närsjukvårdsområdet. Man ansvarar också för hemsjukvården i de särskilda boendena i Avesta kommun samt delar av särskilda boenden i Hedemora kommun.

Ludvika lasarett

På Ludvika lasarett är den geriatriska verksamheten samorganiserad med medicinkliniken och de bägge klinikerna håller på att slås ihop. Totalt har kliniken 41 vårdplatser varav 12 geriatriska. Kliniken ingår i närsjukvårdsområdet Västerbergslagen och ansvarar för befolkningen i två kommuner, dvs Ludvika och Smedjebacken. Till kliniken hör en dagrehabilitering för patienter med neurologiska skador/sjukdomar, t.ex Parkinson, stroke och MS. Man har ett stroteam, demensteam samt ett palliativt team. Det finns också Primärrehab, vilka inte tillhör kliniken, som ansvarar för basal hemsjukvård samt rehabilitering i hemmet. Kliniken har enligt uppgift haft svårt att rekrytera geriatriker, vilket medfört att man fått driva verksamheten med ”stafettläkare”. Detta medför bl.a. bristande kontinuitet för patienten. Sjukhuset har också haft svårt att ta hem patienter från ortopedin på Falu lasarett för geriatrisk rehabilitering.

Kommentar

Sammanfattningsvis kan vi utifrån granskningens iakttagelser konstatera att organisationen ser olika ut i olika delar av länet. Avesta framhålls av flera som vi intervjuat som ett gott exempel avseende hur man har organiserat verksamhet och samverkan när det gäller den geriatriska vården.

3.1 Strukturförändringar

Under 2005 har det skett en del strukturförändringar inom sjukvården som bl.a påverkat den geriatriska vården. Landstingsfullmäktige beslöt 2004-06-14-15 att till landstingsstyrelsen uppdra ett genom strukturförändringar åstadkomma en total kostnadsminskning om 75 mkr i sjukvården inom en period på tre år. Därefter har arbetet pågått med att ta fram underlag till beslut om

strukturförändringar, mm. Vid landstingsfullmäktiges sammanträde 2005-06-13-14 beslutades bl.a:

”att nu föreslagna besparingsåtgärder och verksamhetsförändringar – i bifogat PM benämnda som ”risksituationer” – kontinuerligt ska utvärderas och följas upp och rapporter skall lämnas till landstingsstyrelsen, uppföljningsarbetet ska gälla alla verksamhetsområden, men med extra tyngd i uppföljningsarbetet gällande besparingarna inom GerRehab, eftersom förändringarna där kan slå extra hårt bl.a. mot den äldre befolkningen

att ställa sig bakom principerna för besparingsåtgärder i strukturförslaget, dvs:

- förhandling om medelstillsdelning 2006 till gemensam nämnd i Borlänge,
- besparingsbeting till länssjukvården 2006 och 2007 i enlighet med PM 2005-04-11
- i framtidsperspektivet se över hur man kostnadseffektivt når nivån 377 platser, klart senast 2007”

I utredningen som ligger till grund för förslaget till vårdplatsminskning anges att ålderstrukturen i länet har varit vägledande för beräkning av vårdplatsbehovet. I beräkningen har man utgått från andelen av kommunens invånare som är 65 år och äldre och fördelat antalen vårdplatser utifrån det. Man har även tagit hänsyn till behovet från varje område att utnyttja länssjukhusen.

Kommentar

I den utredning som genomförts avseende fördelningen av antal vårdplatser kan man inte utläsa det beräknade behovet av slutenvårdsplatser inom geriatriken utan beräkningen omfattar fler specialiteter. Gör man en beräkning av antalet geriatriska vårdplatser i förhållande till befolkningen som är 65 år och äldre så skiljer sig antal vårdplatser per 1 000 invånare 65 år och äldre mellan närsjukvårdsområdena (se tabell sid 3). Genomförs strukturbeslutet som planerat samt gör de justeringar som kommenterats i anslutning till tabellen på sidan tre, blir antalet vårdplatser för geriatrisk rehabilitering ganska jämt fördelade mellan närsjukvårdsområdena. En minskning av antalet vårdplatser har skett och minskat antal vårdplatser inom geriatriken påverkar övriga delar av vården. Färre vårdplatser medför minskade möjligheter för akutklinikerna att få patienterna överförda till en geriatrisk klinik. Detta medför sannolikt en snabbare utskrivning av patienterna till hemmet (behöver dock inte vara just den geriatriska patienten) vilket i sin tur ställer ökade krav på primärvård och kommunerna. Insatser inom primärvården samt platser i särskilt boende, mm, redovisas i utredningen. Någon djupare analys av hur det i praktiken påverkar behovet av geriatrisk slutenvård inom respektive område görs dock inte. För att kunna bedöma om antalet vårdplatser motsvarar det verkliga behovet anser vi att analysen behöver utvecklas.

4. Det geriatriska uppdraget

I verksamhetsplanen för 2005- 2008 anges att ” Vi ska säkerställa en hälso- och sjukvård med hög kvalitet och god tillgänglighet för alla. Alla människor ska känna förtroende för sjukvården. God tillgänglighet är en viktig förutsättning för befolkningens tilltro till hälso- och sjukvården. Den sjukvård som människor behöver ofta ska ges nära. ” Detta gäller för sjukvården generellt. När det gäller sjukvårdens organisation och struktur anges att ”För att ofta förekommande vårdbehov ska kunna tillgodoses nära befolkningen krävs en välfungerande närsjukvård av högsta kvalitet. Den ska utvecklas med basen i primärvård, internmedicin och geriatrik. Närsjukvården måste också ta ökat ansvar för eftervård, rehabilitering och avancerad hemsjukvård när sjukhusvården

förändras. Medicinskt omfattande hemsjukvård skall byggas ut. Vi vill också pröva att organisera ny typ av äldrevårdsverksamhet inom närsjukvården. Den ska i första hand vara avsedd för multisjuka äldre men kan också vara ett stöd för äldre med lägre grad av sjuklighet. Det flyttar fokus från slutenvård på sjukhus till öppenvård inom närsjukvården.” Liknande formuleringar finns också i verksamhetsplanen för 2006 – 2009.

I våra intervjuer har vi frågat hur det geriatriska uppdraget är formulerat och vad det omfattar. Uppdraget anges vara tydligt för vissa patientgrupper som strokepatienter samt de som behandlas inom ortopedisk rehabilitering. Däremot anges det vara något otydligare när äldre multisjuka patienter. När det gäller vad uppdraget omfattar, exempelvis vilka delar av vårdkedjan den geriatriska specialistsjukvården ska ansvara för eller medverka i, bedömer vi det som otydligt. Vissa delar finns i verksamhetsplanerna men vi kan inte finna att det finns formulerat ett tydligt uppdrag för den geriatriska vården i landstinget. Det har medfört att de geriatriska verksamheterna till stor del själva formulerat vad uppdraget ska omfatta utifrån:

- De lokala förutsättningarna, geografiskt, service inom kommunerna, mm
- Tillgång till geriatriker
- Personer som finns i verksamheten

Vi kan inte heller finna att det finns en tydlig målstruktur där lokala mål formulerats utifrån övergripande mål. Lokala mål finns men i varierande omfattning. För patientgrupper som strokepatienter finns mål och riktlinjer i form av att man anges arbeta efter vårdprogram och nationella riktlinjer för strokesjukvård. Sjukvården rapporterar till Riksstroke-registret samt andra nationella kvalitetsregister. Vidare anges att uppföljningar görs utifrån den information som finns att tillgå i dessa register samt att olika uppföljningar görs på patientnivå. När det gäller en strukturerad redovisning och uppföljning på landstingsnivå bedömer vi att det saknas. En ändamålsenlig redovisning och uppföljning kräver ett tydligt formulerat uppdrag och tydlig målstruktur. Vi är medvetna om att landstinget är inne i en process med att finna former för en förbättrad målformuleringsprocess, mm, och vår bedömning är att det är viktigt att det framhålls som ett prioriterat utvecklingsområde.

Kommentar

Vi bedömer att det geriatriska uppdraget är otydligt. Hur ska vården av äldre, inkl den geriatriska specialistsjukvården, utformas? Vilket är det gemensamma uppdraget och vilka är målen för verksamheten? Hur ska man nå dit och hur följer man upp att man når målen och fullgör sitt uppdrag? Vi anser att landstinget måste hitta en struktur för att så långt som möjligt besvara dessa frågor. I det ligger också att finna former för en strukturerad och formaliserad samverkan. En väl fungerande samverkan är en viktig framgångsfaktor när det gäller den geriatriska vården. Vi kommenterar samverkan närmare under avsnitt 4.1 Närsjukvården.

4.1 Närsjukvården

4.1.1 Samverkan

Inom ramen för uppföljning av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av närsjukvården som publicerades 2003. I rapporten anges att det kännetecknande för närsjukvårdssidéerna var att de skulle syfta till att

förbättra samverkan mellan de tre vårdaktörerna, kommunal hälso- och sjukvård, landstingens primärvård samt specialiserad, ofta sjukhusanknuten, vård. Grupper som äldre multisjuka, kroniker, och i vissa fall personer som lider av psykisk ohälsa lyftes särskilt fram när det gäller behov av mer samverkande vård med högre grad av kontinuitet och helhetssyn.

Äldres behov anges vara i fokus i de allra flesta närsjukvårdskoncept som ingick i kartläggningen vilket det också är i den nationella handlingsplanen. Att erbjuda bättre vård med mer av helhetssyn, kontinuitet och individfokusering angavs ofta som det viktigaste skälet till att utveckla närsjukvård. Ökad kompetens genom samverkan mellan allmänmedicinare, geriatriker, internmedicinare och andra specialiteter angavs också som mycket viktig. Ökad läkarmedverkan i hemsjukvård och särskilda boenden liksom bidrag till en ökad medicins kompetens hos övrig personal i äldreomsorgen ansågs också vara centrala delar av närsjukvårdens uppgift. Socialstyrelsen ställer frågan "Närsjukvård" – är det något nytt? Man konstaterar att flera av målen om ökad samverkan inte uppnåtts under de gångna åren samt ställer frågorna; Vad talar för att landstingen ska lyckas nu? Vad har närsjukvården som tidigare utvecklingsarbeten saknat? Vidare ställer Socialstyrelsen frågorna:

- Hur ska de goda idéerna genomföras i praktiken?
- Vilka incitament och arbetsmetoder finns som underlättar och premierar en ökad samverkan?
- Samverkan – hur ska man arbeta strukturerat och systematiskt för att nå resultat?

Kommentar

Utifrån vad som framgår av verksamhetsplanerna för 2005 – 2008 samt 2006- 2009 bedömer vi att ovan återgivna kommentarer från Socialstyrelsens till stora delar även gäller Landstinget Dalarna. Landstinget ingick också som en av flera landsting i kartläggningen. Även våra intervjuer och granskning visar att Socialstyrelsens frågor även är relevanta för Landstinget Dalarna att ställa sig och försöka finna en lösning på. Samverkan är som vi tidigare nämnt en viktig framgångsfaktor för en väl fungerande vård av äldre där den geriatriska vården är en del.

4.1.2 Framtida utveckling

När det gäller närsjukvården anges i verksamhetsplanen 2006 – 2009 bl.a. följande:

” Vi vill stödja utvecklingen mot närsjukvård för de vanligaste sjukdomarna, vilket innebär att kompetensen kommer ut från sjukhusen, närmare patienterna. Närsjukvården måste ta ett större ansvar för eftervård, rehabilitering och avancerad hemsjukvård när sjukvården förändras. Vi vill utveckla och förbättra hemsjukvården för de äldre, den medicinskt omfattande hemsjukvården skall byggas ut och läkares medverkan i hemsjukvården ska stärkas”.

De utvecklingsområden som fram hålls i verksamhetsplanen 2006 – 2009 ligger i linje med de områden där behov av förbättringar finns enligt Socialstyrelsens slutrapport avseende ”Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården”, juni 2005. I slutrapporten anges att utvecklingen inom kommunernas vård och omsorg de senaste åren har gått mot allt mer vård i det egna hemmet och kvarboendeprincipen betonas. Särskilda boende omvandlas till ordinarie boenden i viss

utsträckning. Man konstaterar att omstruktureringen dock inte har följts av en förstärkt hemsjukvård med tillfredställande läkartillgänglighet.

Vidare anges i rapporten att ”Landstingen försöker med närsjukvården lösa flera av de behov som också statsmakterna avsåg att avhjälpa med den nationella handlingsplanen; förbättrad tillgänglighet, kontinuitet och samverkan. Eftersom närsjukvårdsutvecklingen är i sin linda är det svårt att uttala sig om i vilken utsträckning man kommer att lyckas med ambitionerna.”

Kommentar

Hur ska Landstinget Dalarna lyckas med att utforma en närsjukvård som ger en förbättrad tillgänglighet, kontinuitet och samverkan? Det finns ingen enkel lösning och det är en process och ett utvecklingsarbete. I detta arbete är tydligheten viktig vad gäller mål, uppdrag, hur man ska nå målen, vilka risker som finns för bristande måluppfyllelse, hur riskerna ska hanteras samt redovisning och analys av måluppfyllelse.

5. Vård på lika villkor? – Sammanfattande slutsatser

Går det att säga att alla har tillgång till geriatrisk vård på lika villkor i Landstinget Dalarna? Nej, men det går samtidigt inte att konstatera att patienterna inte får vård på lika villkor. Vår bedömning är att det otydliga uppdraget, brister vad gäller konkreta och mätbara mål tillsammans med en ej fullständig behovsanalys samt bristande redovisning och uppföljning på landstingsövergripande nivå, gör att det inte går att bedöma om den geriatriska vården ges på lika villkor.

I Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport 2005 konstaterar man att utifrån de uppgifter som finns på nationell nivå går det inte att uttala sig om huruvida hälso- och sjukvårdslagens mål avseende en god hälso- och sjuk på lika villkor för hela befolkningen är uppfyllt. Detta gäller för sjukvården som helhet. De konstaterar vidare att det i stor utsträckning saknas kvalitetsindikatorer som explicit representerar jämlik vård, vilket sannolikt anges hänga samman med att det är relativt komplicerat att formulera sådana. Detta visar enligt vår mening att arbetet med kvalitetsindikatorer är ett utvecklingsområde på både nationell nivå och landstingsnivå.

Det borde vara enklare att bedöma om vård sker på lika villkor inom Landstinget Dalarna men på grund av de faktorer vi redovisat ovan är det inte möjligt att göra en sådan bedömning. Vi kan dock konstatera att uppdraget för de geriatriska klinikerna ser olika ut i länet vad gäller omfattning. De lokala förutsättningarna är olika och tillgången till geriatriker varierar i länet. Tillgången till geriatriker är relativt god i Avesta och Borlänge medan det är betydligt sämre i Ludvika och Mora. För Moras del medför det att de inte kan vara ett stöd för primärvård och kommun så som kanske är önskvärt och för Ludvikas del innebär det att man har ”stafettläkare” vilket bl.a medför bristande kontinuitet. Detta kanske kan kompenseras av insatser från andra yrkesgrupper men det är förhållanden som bl.a. medför risk för att vård inte sker på lika villkor i länet. *Vi anser att det är viktigt att landstinget identifierar vilka risker som finns för att man inte kan fullgöra sitt uppdrag och sina mål samt tar fram en strategi för hur man ska hantera dessa risker.* I samband med fullmäktigebeslutet avseende strukturförändringar, mm, beslutade också fullmäktige att ””risksituationer” – kontinuerligt ska utvärderas och följas upp och rapporter skall lämnas till landstingsstyrelsen, uppföljningsarbetet ska gälla alla verksamhetsområden, men med

extra tyngd i uppföljningsarbetet gällande besparingarna inom GerRehab, eftersom förändringarna där kan slå extra hårt bl.a. mot den äldre befolkningen”.

Det geriatriska uppdraget behöver förtydligas, dels som helhet men också för de olika delarna inom sjukvården, dvs geriatrisk slutenvård, öppenvård samt samverkan med primärvård, akutsjukvård, osv. För de delar av uppdraget som är gemensamt bör samverkande parter skriva överenskommelser där bl.a. ansvarsroller klargörs. Uppdraget behöver i sin tur konkretiseras i övergripande mål på landstingsnivå, vilka bryts ner till konkreta och mätbara mål på lokal nivå. Vissa övergripande mål finns i verksamhetsplanen för 2005 - 2008 och 2006 – 2009. Det är också viktigt att finna former för en strukturerad och ändamålsenlig redovisning, uppföljning och analys av måluppfyllelse. Mål, redovisning, uppföljning och analys anpassas i omfattning och detaljeringsgrad till behoven på respektive beslutnivå.

Någon djupare analys av hur landstingets samt kommunernas vård i praktiken påverkar behovet av geriatrisk slutenvård inom respektive område har inte gjorts i utredningen avseende vårdplatsneddragningarna. För att kunna bedöma om antalet vårdplatser motsvarar det verkliga behovet anser vi att analysen behöver utvecklas genom att den kompletteras med övrig vårdspåverkan på vårdplatsbehovet och tillgång till geriatrisk specialistkompetens.

Samverkan är en av nyckelorden i en väl fungerande närsjukvård. Samverkan är svårt vilket gör det särskilt angelägen att finna former för en strukturerad och systematisk samverkan. En samverkan där ansvar och roller samt det gemensamma uppdraget är tydligt.

Maria Lindgren Persson
Projektansvarig
KPMG