

Landstingets utbudspunkter

Förstudie

**Oktober
2006**

Innehållsförteckning

	sid
Sammanfattning	3
Inledning	5
Syfte	5
Metod	5
Vissa förutsättningar	5
Begreppen utbud och kapacitet	6
Val av utbudspunkter för granskning	6
Landstingets lokalisering av vårdcentraler	7
Underlag för bedömning av lokalisering av Vårdcentraler	8
- Tabell 1. Landstingets närsjukvårdsområden Areal och antal vårdcentraler	8
- Tabell 2. Länets kommuner, dess invånarantal, Areal och antal vårdcentraler	8
- Karta över landstingets vårdcentraler	9
- Tabell 3. Länets tätorter och antalet vårdcentraler	10
- Tabell 4. Invånare per vårdcentral m m	11
- Tabell 5. Tätorter utan vårdcentral	13
- Tabell 6. Teoretiskt antal invånare per vårdcentral Fördelat på kommun och närsjukvårdsområde	13
- Tabell 7. Länets befolkningsutveckling i sammandrag	15
Akutklinikernas koppling till vårdcentralerna	15
Diskussion/analys	15
Frågeställningar	18

Sammanfattning

Uppdraget för förstudien är att betrakta landstingets geografiska spridning av utbudspunkter ur ett brukarperspektiv.

Initialt definieras begreppet utbud i förhållande till begreppet kapacitet där utbud avser de sjukvårdstjänster som direkt vänder sig till medborgarna och har som främsta syfte att erbjuda sjukvårdsbedömningar och enklare vård eller behandlingar. Utbudet svarar därmed i huvudsak mot medborgarnas behov av tillgänglighet, dvs snabb och nära första kontakt med vården i samband med sjukdom eller skada och är därmed en mycket viktig trygghetsskapande faktor. Begreppet kapacitet speglar den vårdkapacitet som står till förfogande när väl den första sjukvårdsbedömningen gjorts och beslut fattats om lämpliga vårdinsatser. Det är av mindre vikt var denna kapacitet är lokaliserad.

Den viktigaste utbudspunkten i detta sammanhang bedöms vara vårdcentralerna. De ansvarar för en mycket stor del av invånarnas hälso- och sjukvård varför dessa valts som föremål för förstudien. Vårdcentralernas lokalisering kan inte bedömas utan att samtidigt i viss utsträckning beröra den koppling dessa har till länets akutmottagningar. Dessa är knutna till vårdcentralerna på så sätt att de har ett ansvar för patienter med akuta problem under de tider när vårdcentralerna inte har öppet eller i de fall vårdcentralerna saknar förutsättningar att ta emot patienten.

Några dokument som styr lokaliseringen av vårdcentralerna har inte kunnat hittas. I avsaknad av sådana grundläggande principer för lokaliseringen har några hypoteser som skulle kunna vara styrande för lokaliseringen ställts upp. Dessa hypoteser är

- Att vårdcentralerna skall vara jämnt fördelade över länet med hänsyn till folkmängden i olika länsdelar, tätorter och avstånd
- Att lokaliseringen skall beakta säsongsvisa förändringar i befolkningsstrukturen (t ex stort flöde av turister) och stora avstånd
- Att vårdcentralerna skall ha förutsättningar att kunna fungera med optimal effektivitet och kvalitet.

Utifrån de uppställda hypoteserna visar analysen av vårdcentralernas lokalisering på delvis oförklarliga skillnader i utbudet mellan såväl de olika närsjukvårdsområdena som länets primärkommuner. Medan det i Norra- och västra närsjukvårdsområdet samt mellersta närsjukvårdsområdet finns en vårdcentral per primärkommun, med undantag av vårdcentralerna i Sälen, Särna, Lima och Borlänge, finns det i södra närsjukvårdsområdet liksom i Falun och Västerbergsslagens närsjukvårdsområden mellan 2 – 5 vårdcentraler per primärkommun utan att storleken på kommunerna, bortsett från Falun och Borlänge kommuner, avsevärt skiljer sig från kommuner i Norra och västra närsjukvårdsområdet.

Ställt i relation till de uppställda hypoteserna indikeras att vårdcentralerna inte är jämnt fördelade i länet. Lokaliseringen av bl a vårdcentralerna i Sälen, Särna och Fredriksberg visar dock att lokaliseringen här skett med beaktande av såväl stora avstånd som turistflödet i fjällvärden.

Vårdcentralernas förutsättningar att kunna fungera med optimal effektivitet och kvalité har inte kunnat bedömas inom ramen för förstudien.

Sammantaget föranleder analysen ett antal frågeställningar som kan utgöra uppslag till fördjupade granskningar.

Den grundläggande frågan är om landstingets vårdcentraler, utifrån redovisade förhållanden, verkligen är lokaliserade utifrån samma grundläggande principer i hela länet. Analysen indikerar att så inte är fallet. Om detta är riktigt väcks ett antal följdfrågor som t ex om det också finns geografiska skillnader i tillgången till vårdpersonal i länet (som inte sammanhänger med rekryteringsproblem eller olika sjukdomsmönster) eller om brukarnas rättighet att fritt välja vårdcentral inskränks på orter eller i delar av länet med färre vårdcentraler.

Avsaknaden av tydliga principer för lokaliseringen försvårar bedömningen av dessa frågor men väcker samtidigt andra frågor som t ex vilka principer som faktiskt styr landstingets ställningstagande i lokaliseringsfrågor och vilken beredskap landstinget har, och vilka strategier som finns, för att hantera stora förändringar i länets demografiska struktur. En nära relaterad fråga är dessutom om den valda organisationsformen med fem närsjukvårdsområden är ändamålsenlig eller om den istället bidrar till, och understödjer, en situation där vårdcentraler eventuellt inte tillhandahålls på samma villkor i hela länet.

I och med att vårdcentralernas geografiska lokalisering inte kan behandlas fristående från länets akutmottagningar uppkommer också en vidare frågeställning kring primärvården och ytterst vårdcentralerna respektive akutmottagningarna uppdrag. Är det önskvärt att akutmottagningarna sett från ett brukarperspektiv utgör en del av primärvården där det finns risk att brukaren kan uppleva att det finns en valfrihet att uppsöka en akutmottagning istället för en vårdcentral vid akuta, men inte livshotande åkommor, och hur påverkas verksamheten vid akutmottagningarna (resurstilldelning, ändamålsenlighet och effektivitet) av tillströmningen av patienter från primärvården? Utgör den nuvarande arbetsfördelningen mellan primärvård och akutmottagningar den mest ändamålsenliga fördelningen eller finns det andra organisationsmodeller som skulle vara mer ändamålsenliga, t ex dygnsöppna jourmottagningar inom primärvården, "cityakuter" e t c? I vilken utsträckning har dessa frågeställningar varit föremål för systematiska avvägningar och beslut i landstingets ledning?

Inledning

Enligt 2006 års revisionsplan skall en förstudie avseende hälso- och sjukvårdens utbudspunkter i Landstinget Dalarna genomföras. Uppdraget att göra förstudien har lämnats till revisionskontoret.

Förstudien har gjorts under sommaren 2006 och överlämnas härmed för vidare behandling.

Syfte

Syftet med förstudien är att ge underlag för bedömning av behovet av fördjupade granskningar av hälso- och sjukvårdens lokalisering av utbudspunkter i länet.

Förstudien skall utgå från ett brukarperspektiv.

Metod

Arbetet med förstudien utgår från ett resonemang kring vilken typ av utbudspunkt som främst är av intresse att granska, i det här fallet länets vårdcentraler. I avsikt att fastställa lokaliseringsprinciper för dessa har därefter några hypotetiska principer ställts upp och använts som utgångspunkt i studien. Vårdcentralernas lokalisering har därefter analyserats utifrån befolkningens fördelning i länet för att härigenom bedöma om utbudspunkterna är lokaliserade utifrån de hypotetiska utgångspunkterna.

Resultatet har därefter utmynnat i ett antal frågor som kan utgöra grund för en diskussion kring behovet av fördjupade granskningar.

Vissa förutsättningar

Förstudien utgår från hur utbudspunkterna kan betraktas sett ur ett övergripande befolkningsperspektiv. Landstingets förutsättningar att organisatoriskt, lokalmässigt, personalmässigt, opinionsmässigt och hantera lokaliseringen av utbudspunkter har inte beaktats.

En granskning av den geografiska utbudsstrukturen kan inte enbart göras utifrån redovisat siffermaterial eller statistiska sammanställningar. Viss hänsyn har därför tagits till lokal geografisk struktur och andra förutsättningar av betydelse. Som exempel kan framhållas den utpräglade bystrukturen med många nära liggande tätorter i t ex Gagnefs kommun och Sälen respektive Särna/Idres stora betydelse ur ett turismperspektiv.

Begreppen utbud och kapacitet

I syfte att bli tydliggöra det perspektiv som förstudien tar sin utgångspunkt i, dvs brukarperspektivet, är det av stor vikt att klargöra innebörden av begreppen utbud och kapacitet.

Med utbud avses i denna förstudie det utbud av sjukvårdstjänster som direkt vänder sig till medborgarna och har som främsta syfte att erbjuda sjukvårdsbedömningar och enklare vård eller behandlingar. Exempel på sådant utbud är t ex vårdcentraler och i viss utsträckning akutmottagningar. Utbudet svarar i huvudsak mot medborgarnas behov av snabb och nära första kontakt med vården i samband med sjukdom eller skada och är därmed en mycket viktig trygghetskapande faktor. Sett ur ett brukarperspektiv är det därför angeläget att utbudet finns i närheten av de platser man vistas på. Utbudet kan med denna definition också ses som nära relaterat till geografisk tillgänglighet till vård.

Begreppet kapacitet är ett i huvudsak internt begrepp som speglar den vårdkapacitet som står till förfogande när väl den första sjukvårdsbedömningen gjorts och beslut fattats om lämpliga vårdinsatser. Kapaciteten för vårdinsatserna skall dels vara kvalitativ, dvs kunna erbjuda så god vård som är möjlig att få, dels vara av sådan storlek att allt för långa väntetider undviks. Däremot är det mindre viktigt var denna kapacitet är lokaliserad. Som brukare är det snabb och god vård som behövs – inte att den utförs på det ena eller andra stället. Merparten av medborgarna accepterar sannolikt också att resa till t ex länsjukhuset eller ett länsdelssjukhus när det finns behov av t ex specialistvård.

Sammantaget innebär detta att utbudets geografiska fördelning är av yttersta vikt för medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården som sådan medan vårdkapacitetens geografiska fördelning mer är en fråga om effektivitet i hälso- och sjukvården.

Val av utbudspunkter för granskning

Sett utifrån definitionen av utbud ovan erbjuder hälso- och sjukvården ett brett spektrum av utbudspunkter med olika inriktning. Utbudspunkterna omfattar allt från akutmottagningar till vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, psykiatriska mottagningar, ungdomsmottagningar, tandvårdskliniker, ambulansstationer m m. I vilken utsträckning de olika enheterna är samlokaliserade till en utbudspunkt eller har olika adresser inom en och samma ort varierar med lokala förutsättningar och kultur. I den fortsatta granskningen är det därför av vikt att avgränsa vilka utbudspunkter som är av störst betydelse för medborgarna och som därför är av intresse för förstudien.

Vårdcentralerna har en särställning i en bedömning av utbudspunkter då dessa skall svara för merparten av invånarnas och besökarnas kontakter med vården. Avsikten med vårdcentralerna är också att dessa skall finnas nära brukarna genom den geografiska spridningen i länet. Med hänsyn till vårdcentralernas betydelse

för invånarna och landstingets reella möjlighet att faktiskt flytta/förändra dessas lokalisering blir vårdcentralernas därför en naturlig del i en granskning av utbudspunkter. Med ledning av detta resonemang avgränsas förstudien primärt till lokaliseringen av vårdcentraler i länet. Invånare och besökares behov av trygghet gäller hela dygnet medan vårdcentralerna normalt endast är öppna dagtid under vardagar och i vissa fall kvällar och helgdagar. Vårdcentralernas lokalisering kan därför inte bedömas helt oavhängigt från länets akutmottagningar varför vårdcentralernas koppling till dessa i den del det gäller patienter med akuta, men inte livshotande, problem också kommer att beröras i förstudien.

Även ambulanssjukvården spelar en viktig roll vid akuta och allvarliga sjukdomsfall och skador. Brukarperspektivet på ambulanssjukvården utgörs dock i första hand av tiden mellan larm och när en ambulans är på plats och inte av ambulansernas stationeringsort.

Flertalet övriga utbudspunkter är avgränsade till en speciell sjukdomsbild, t ex psykiatri och tandvården, eller en speciell målgrupp, t ex ungdomsmottagningar eller mödravård. Dessa utbudspunkter kan visserligen vara av stor vikt för enskilda individer eller grupper av individer men sett ur ett allmänt brukarperspektiv spelar dessa inte samma roll som vårdcentralerna.

Landstingets lokalisering av vårdcentralerna

I landstingets organisation är vårdcentralerna inordnade i närsjukvården som är organiserad i fem närsjukvårdsområden med vardera ett antal vårdcentraler. Genom att förstudien tar sin utgångspunkt i brukarperspektivet har tolkningen av begreppet vårdcentraler gjorts utifrån hur de presenteras gentemot allmänheten. Någon hänsyn har därför inte tagits till om vårdcentralen internt i landstinget organisatoriskt utgörs av läkarmottagningar med begränsade resurser och service, som t ex Söderbärke. I det fall där två geografiskt skilda utbudspunkter verkar med samma administrativa ledning och delvis också samma personal betraktas dessa som två olika vårdcentraler. Med dessa reservationer finns vid tidpunkten för denna studie totalt 33 vårdcentraler i länet.

Några dokument som styr lokaliseringen av vårdcentralerna har inte hittats. I avsaknad av sådana grundläggande principer för lokaliseringen har några hypoteser ställts upp som skulle kunna vara styrande för lokaliseringen. Dessa hypoteser är:

- Att vårdcentralerna skall vara jämnt fördelade över länet med hänsyn till folkmängden i olika länsdelar, tätorter och avstånd
- Att lokaliseringen skall beakta säsongsvisa förändringar i befolkningsstrukturen (t ex stort flöde av turister) och stora avstånd
- Att vårdcentralerna skall ha förutsättningar att kunna fungera med optimal effektivitet och kvalitet.

Faktorer som befolkningens åldersstruktur eller hälsoläget i olika delar av länet bör primärt beaktas inom respektive vårdcentralers interna arbete, resursfördelningen mellan vårdcentraler och inte påverka lokaliseringen.

En granskning som har till syfte att jämföra den geografiska fördelningen av verksamheter behövs en utgångspunkt i form av en uppdelning av länet i olika geografiska och befolkningsmässiga områden. I detta sammanhang har valts dels landstingets egen organisatoriska indelning med fem närsjukvårdsområden, dels tätorter med mer än 1 000 invånare i länet, dels länets indelning i primärkommuner. De senare har valts med utgångspunkt från att dessa ursprungligen har tillkommit för att spegla geografiska områden med viss befolkningsmässig bärkraft.

Underlag för bedömning av lokaliseringen av vårdcentraler

Med ledning av de förutsättningar som beskrivits ovan redovisas nedan relevanta statistiska uppgifter som underlag för den slutliga bedömningen:

Tabell 1.
Landstingets närsjukvårdsområden, invånare, areal och antal vårdcentraler

Tabell 1 redovisar landstingets närsjukvårdsområden samt antal invånare i respektive område per 2005-12-31, närsjukvårdsområdets areal samt antal vårdcentraler i respektive område.

Närsjukvårdsområde	antal inv.	Areal	Antal vårdcentraler
Södra	37 448	1 453 km ²	6
Västerbergslagen	36 349	2 457 km ²	7
Mellersta	68 107	1 932 km ²	5
Falun	55 274	2 052 km ²	5
Norra och Västra	78 577	20 303 km ²	10

Tabell 2
Länets kommuner, deras invånarantal, areal och antal vårdcentraler

Tabell 2 redovisas länets kommuner, deras invånarantal 2005-12-31, areal samt det antal vårdcentraler landstinget har i varje kommun.

Kommun	Antal inv	Areal km ²	Antal VC
Avesta	21 954	615	4 (varav tre är samlokaliserade)
Borlänge	46 987	586	3
Falun	55 274	2 052	5
Gagnef	10 131	772	1
Hedemora	15 494	838	2
Leksand	15 440	1 227	1

Kommun	Antal inv	Areal km ²	Antal VC
Ludvika	25 537	1 501	5
Malung	10 513	4 107	3
Mora	20 212	2 827	1
Orsa	7 020	1 744	1
Rättvik	10 886	1 933	1
Smedjbacken	10 812	953	2
Säter	10 989	574	1
Vansbro	7 061	1 551	1
Älvdalen	7 445	6 914	2

Karta över landstingets vårdcentraler i länet

Vårdcentraler



Tabell 3
Länets tätorter och antalet vårdcentraler

Nedan redovisas de 29 tätorter i länet som har mer än 1 000 invånare samt hur många vårdcentraler landstinget har i respektive tätort. Uppgifterna om tätorternas storlek har hämtats från SCB:s tätortsregister.

Ort	inv	Antal VC i tätorten
Borlänge	39 640	3
Falun	35 315	3
Avesta	14 847	3
Ludvika	13 984	2
Mora	10 797	1
Hedemora	7362	1
Leksand	5 720	1
Smedjebacken	5 660	1
Orsa	5 242	1
Malung	5 176	1
Rättvik	4 521	1
Säter	4 479	1
Grängesberg	3 788	1
Vansbro	2 132	1
Insjön	2 030	-
Mockfjärd	1 927	-
Långshyttan	1 882	1
Bjursås	1 880	-
Älvdalen	1 858	1
Grycksbo	1 837	1
Järna	1 503	-
Svärdsjö	1 326	1
Horndal	1 239	1
Siljansnäs	1 227	-
Djurås	1 190	1
Vikarbyn	1 155	-
Gagnef	1 154	-
Ornäs	1 113	-
Enbacka	1 010	-

Tabell 4
Invånare per vårdcentral m m

Tabell 4 redovisar det antal invånare som i landstingets interna statistik per 2005-12-31 tillhör respektive vårdcentral. Uppgifterna redovisas dels per närsjukvårdsområde, dels per primärkommun. I redovisningen görs också en uppskattning av avståndet till närmaste alternativa vårdcentral i respektive primärkommun i de fall det finns fler vårdcentraler i en kommun (ett streck - anger att vårdcentralen är belägen i kommuncentrum). I kommuner med endast en vårdcentral överensstämmer antalet invånare per vårdcentral med antalet invånare i kommunen.

Södra närsjukvårdsområdet

Kommun	Vårdcentral	Inv	Ca avstånd i km
Avesta	Avesta	7 554	-
	Krylbo	4 385	-
	Skogsbo	7 365	-
	By (Horndal)	2 621	20

Södra närsjukvårdsområdet, forts

Kommun	Vårdcentral	Inv	Ca avstånd i km
Hedemora	Hedemora	10 964	-
	Långshyttan	4 500	25

Västerbergslagens närsjukvårdsområde

Kommun	Vårdcentral	Inv	Ca avstånd i km
Ludvika	Ludvika norra	9 021	-
	Solsidan	8 165	-
	Grangärde	3 724	20
	Grängesberg	3 652	16
	Fredriksberg	975	65
Smedjebacken	Smedjebacken	8 263	
	Söderbärke	2 549	15

Mellersta närsjukvårdsområdet

Kommun	Vårdcentral	Inv	Ca avstånd i km
Borlänge	Sjukhuset	17 025	-
	Jacobsgårdarna	17 100	-
	Kvarnsveden	12 751	-
Gagnef	Djurås/Gagnef	10 131	-
Säter	Säter	10 989	-

Faluns närsjukvårdsområde

Kommun	Vårdcentral	Inv	Ca avstånd i km
Falun	Britsarvet	12 589	-
	Tisken	16 006	-
	Norslund	14 564	-
	Grycksbo	5 384	9
	Svärdjö	6 099	20

Norra- och västra närsjukvårdsområdet

Kommun	Vårdcentral	Inv	Ca avstånd i km
Leksand	Leksand	15 440	-
Malung	Malung	7 102	-
	Lima	1 698	30
	Sälen	1 704	62 (turistort)
Mora	Mora	20 212	-
Orsa	Orsa	7 020	-
Rättvik	Rättvik	10 886	-
Vansbro	Vansbro	7 061	-
Älvdalen	Älvdalen	5 042	-
	Särna	2 403	81 (turistort)

Tabell 5
Tätorter utan vårdcentral

Tabell 5 redovisar per närsjukvårdsområde de tätorter med mer än 1 000 invånare som saknar egen vårdcentral. Inom parentes anges uppskattat avstånd i km till närmaste vårdcentral

Närsjukvårdsområde	Tätorter utan egen vårdcentral
Södra	-
Västerbergslagen	-
Mellersta	Mockfjärd (12), Gagnef (6), Ornäs (7) och Enbacka (12)
Falun	Bjursås (6)
Norra och Västra	Insjön (8), Siljansnäs (12), Järna (7) Vikarbyn (7),

Tabell 6
Teoretiskt antal invånare samt areal per vårdcentral fördelat på kommun och närsjukvårdsområde

Tabell 6 redovisar en teoretisk beräkning av antal invånare samt areal per vårdcentral fördelat på kommun och närsjukvårdsområde. Det faktiska antalet invånare per vårdcentral redovisas i tabell 4.

Södra närsjukvårdsområdet

Kommun	Antal inv per vårdcentral	areal per vårdcentral km ²
Avesta	5 488	154
Hedemora	7 747	419
Hela området	6 241	242

Västerbergslagens närsjukvårdsområde

Kommun	Antal inv per vårdcentral	areal per vårdcentral km ²
Ludvika	5 107	300
Smedjebacken	5 406	476
Hela området	5 192	350

Mellersta närsjukvårdsområdet

Kommun	Antal inv per vårdcentral	areal per vårdcentral km ²
Borlänge	15 662	195
Gagnef	10 131	772
Säter	10 989	574
Hela området	13 621	386

Faluns närsjukvårdsområde

Kommun	Antal inv per vårdcentral	areal per vårdcentral km ²
Falun (hela området)	11 054	410

Norra och västra närsjukvårdsområdet

Kommun	antal inv per vårdcentral	areal per vårdcentral km ²
<i>Leksand</i>	<i>15 440</i>	<i>1 227</i>
Malung	3 504	1 369
<i>Mora</i>	<i>20 212</i>	<i>2 827</i>
Orsa	7 020	1 744
<i>Rättvik</i>	<i>10 886</i>	<i>1 933</i>
Vansbro	7 061	1 551
Älvdalen	3 722	3 457
Hela området	7 857	2 030

Den teoretiska beräkningen är intressant vid jämförelser mellan eventuella samvariationer mellan antal invånare per vårdcentral och areal per vårdcentral enligt följande

Få invånare/vc – liten areal/vc

Få invånare/vc - stor areal/vc (indikerar glesbebyggda områden)

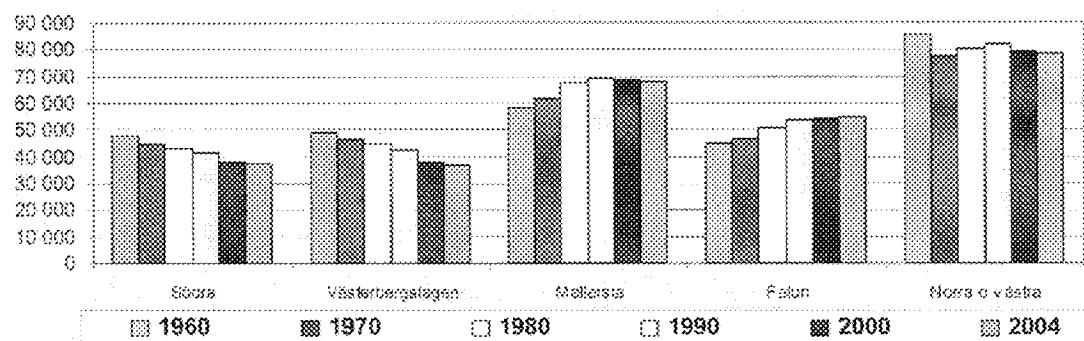
Många invånare – stor areal

Många invånare – liten areal (indikerar tätbebyggda områden)

Den för förstudien mest intressanta jämförelsen som kan göras utifrån beräkningarna är mellan områden med få invånare – liten areal (angivna med fet text i tabellen) och områden med många invånare – stor areal (angivet med kursiverad text i tabellen)

Tabell 7
Länets befolkningsutveckling i sammandrag

Befolkningsutveckling i respektive närsjukvårdsområde i sammandrag 1960 - 2004



Akutmottagningarnas koppling till vårdcentralerna

Vårdcentralernas huvudsakliga uppdrag utförs dagtid under vardagar. Vissa vårdcentraler har dessutom jourmottagning kvällstid samt dagtid under helger. Vid tider då vårdcentralerna är stängda hänvisas patienter till länets akutmottagningar som är tillgängliga hela dygnet, alla dagar. Akutmottagningar finns idag vid de två akutsjukhusen i länet, d v s i Falun och Mora. Vissa akutfunktioner finns också vid sjukhusen i Avesta och Ludvika.

Akutmottagningarna i Falun och Mora tillhör länssjukvården men betjänar genom nuvarande organisationsmodell i viss utsträckning också primärvården. Akutmottagningarna i Avesta och Ludvika är gemensamma för närsjukvården samt invärtesmedicin.

En fullvärdig akutmottagnings lokalisering förutsätter tillgång till bl a olika medicinska specialiteter vilket med nödvändighet leder till en lokalisering vid befintliga sjukhus.

Diskussion/analys

En finns 33 vårdcentraler i länet fördelade på fem olika närsjukvårdsområden. Någon övergripande uttalad strategi för hur vårdcentralerna skall fördelas i länet finns inte och inte heller någon plan över hur etableringsfrågan framdeles skall hanteras utifrån befolkningsutveckling, vårdambitioner e t c. Den minsta gemensamma nämnaren som kan spåras vad gäller lokaliseringen är att det finns minst en vårdcentral i varje primärkommun.

En viss samvariation tycks också finnas mellan förekomsten av en vårdcentral och tätortsstorlek. I 20 av länets 29 tätorter med 1000 invånare eller fler finns minst en vårdcentral. Samvariationen är dock inte helt konsekvent. I Norra- och västra närsjukvårdsområdet tillsammans med Mellersta närsjukvårdsområdet finns 8 tätorter utan egen vårdcentral medan det i övriga tre närsjukvårdsområden tillsammans endast finns en tätort som saknar vårdcentral.

Vårdcentralerna varierar också i storlek från Fredriksberg inom vars upptagningsområde det bor 975 invånare till Mora inom vars upptagningsområde det bor 20 212 invånare. Inom den genomsnittliga vårdcentralens upptagningsområde bor drygt 8 100 invånare. Vårdcentralerna olika storlek indikerar att dessa har olika förutsättningar att själva kunna hantera olika förekommande sjukdomsbilder e t c. Det vårdcentralen själv inte kan hantera skickas via remiss till länssjukvården eller hänvisas till någon av länets akutmottagningar.

De olika närsjukvårdsområdena förefaller ha hanterat etableringsfrågan på olika sätt. I norra och västra sjukvårdsområdet finns idag i huvudsak en vårdcentral per kommun, oavsett kommunstorlek, samt vårdcentralerna i Sälen samt Särna/Idre som båda är orter med stor betydelse för länets turistnäring och långa avstånd till närmast större centralort. Därutöver finns också en vårdcentral i Lima. Även i Mellersta sjukvårdsområdet kan ses en liknande struktur med en vårdcentral per kommun med undantag av Borlänge som, eventuellt i kraft av sin storlek (49 600 inv), har tre vårdcentraler. Övriga tre sjukvårdsområden uppvisar en delvis annorlunda struktur. Avesta med 22 300 invånare har fyra vårdcentraler varav tre är samlokaliserade till Avesta sjukhus men organisatoriskt fristående samt Ludvika med fem vårdcentraler varav avståndet från centralorten till Fredriksberg, ca 65 km, närmast kan jämföras med avstånden till Sälen respektive Särna/Idre i Norra och västra området.

Bilden bekräftas av den teoretiska beräkningen i tabell 6 som bl a visar att samvariationen mellan litet antal invånare per vårdcentral och liten areal per vårdcentral endast förekommer i södra närsjukvårdsområdet och i Västerbergslagens närsjukvårdsområde. Samvariation mellan många invånare och stor yta förekommer uteslutande i norra- och västra närsjukvårdsområdet.

Situationen kan tas som ett belägg för att det, åtminstone underförstått, har funnits en strategi vad avser lokaliseringen av vårdcentraler i norra och västra närsjukvårdsområden samt i mellersta närsjukvårdsområdet. Denna övergripande strategi tycks dock saknas eller ser annorlunda ut i de övriga tre närsjukvårdsområdena.

Sett ur ett övergripande befolkningsperspektiv med hela länet som utgångspunkt men också ur ett koncernperspektiv uppkommer härigenom ett antal delvis oförklarliga förhållanden, t ex:

- I Mora kommun med 20 212 invånare och en areal på 2 927 km² finns en vårdcentral (länets största) medan det i Ludvika kommun med 25 537 invånare och i princip halva ytan, 1 501 km², finns fem vårdcentraler samt i

Avesta med 21 954 invånare och knappt en fjärdedel av ytan, 615 km², finns fyra vårdcentraler.

- Tre av de fyra vårdcentralerna i Avesta kommun är geografiskt samlokaliserade till Avesta sjukhus men har separata verksamhetsledningarna t c. I Mora utgör vårdcentralen en enhet, också lokaliserad till sjukhuset.
- Sett till tätortens folkmängd finns som exempel en vårdcentral i Grycksbo med 1 837 invånare (betjänar 4 500 invånare) varifrån det är ca 9 km till närmast belägna alternativa vårdcentral i Falun. Insjön med 2 030 invånare, varifrån det är ungefär lika långt till kommuncentrat Leksand, saknar egen vårdcentral liksom t ex i Ornäs i Borlänge kommun med 1 113 invånare.
- I Borlänge är samtliga tre vårdcentraler belägna i centralorten och betjänar mellan 12 000 och 17 000 invånare vardera. I Ludvika tätort med 13 984 invånare finns två vårdcentraler.
- Sett till tätorternas storlek har Avesta med ca 14 847 invånare lika många vårdcentraler som Falun med 35 315 invånare.

När vårdcentralernas lokalisering ställs i relation till de uppställda hypoteserna kring faktorer som borde vara styrande för lokaliseringen kan konstatera att vårdcentralerna inte förefaller vara jämnt fördelade i länet med hänsyn till folkmängd, tätorter och avstånd. Lokaliseringen av vårdcentralerna i Sälen och Särna och Fredriksberg visar dock att lokaliseringen här skett med beaktande av bl a stora avstånd eller det stora flödet turister.

Akutmottagningarnas lokalisering är avhängig av sjukhusen men skapar genom sin roll i närsjukvården när vårdcentralerna inte är tillgängliga eller saknar tillräckliga egna resurser ytterligare utbudspunkter som måste beaktas. Sett ur ett brukarperspektiv kan därför akutmottagningarna också ses som ett alternativ till vårdcentralerna. Situationen blir då att invånarna i tätorter med akutmottagningar har ytterligare utbudspunkter att välja på vid akuta, men inte livshotande, behov av vård vilket i sin tur kan påverka verksamheten vid akutmottagningarna.

En förklaringsfaktor till de olika strukturerna i länets olika delar kan, vid sidan av sådana faktorer som inte omfattas av förstudien som t ex lokaler, personal e t c, utgöras av kvardröjande effekter p g a befolkningsutvecklingen där såväl Södra närsjukvårdsområdet som Västerbergsslagens närsjukvårdsområde drabbats av en kraftig befolkningsminskning samtidigt som Norra- och västra närsjukvårdsområdet liksom Mellersta området bibehållit en förhållandevis jämn folkmängd. Falu närsjukvårdsområde har haft en ökning av folkmängden. En annan förklaringsfaktor skulle kunna utgöras av att de fem närsjukvårdsområden tillåtits utveckla olika principer för vårdcentralernas lokalisering.

Förutsättningar för att en vårdcentral skall kunna fungera med optimalt kvalitet och effektivitet kan inte klarläggas inom ramen för denna förstudie.

Frågeställningar

En bedömning av geografisk ”rättvisa” i fördelning av utbudspunkter är alltid vanskelig att göra. Någon exakt rättvisa finns inte, däremot finns frågeställningar som kan vara av värde att lyfta fram för en diskussion och som underlag för eventuellt fördjupade granskningar. Några sådana frågeställningar redovisas nedan.

Den grundläggande frågeställningen är om landstingets vårdcentraler, utifrån redovisade förhållanden, verkligen är lokaliserade utifrån samma grundläggande principer i hela länet? Analysen indikerar att så inte är fallet. Om detta är riktigt väcks ett antal följdfrågor som t ex om det också finns geografiska skillnader i tillgången till vårdpersonal i länet (som inte sammanhänger med rekryteringsproblem eller olika sjukdomsmönster) eller om brukarnas rättighet att fritt välja vårdcentral inskränks på sådana orter eller delar av länet med färre vårdcentraler?

Avsaknaden av tydliga principer för lokaliseringen försvårar bedömningen av frågorna ovan, men väcker samtidigt andra frågor som t ex vilka principer som faktiskt styr landstingets lokalisering av vårdcentraler och vilken beredskap landstinget har och vilka strategier som finns för att hantera stora förändringar i länets demografiska struktur? En nära relaterad frågeställning är dessutom om den valda organisationsformen med fem närsjukvårdsområden är ändamålsenlig eller om den istället bidrar till och understödjer en situation där vårdcentraler inte tillhandahålls på samma villkor i hela länet?

I och med att vårdcentralernas geografiska lokalisering inte kan behandlas fristående från länets akutmottagningar uppkommer också en vidare frågeställning kring primärvården och ytterst vårdcentralerna respektive akutklinikernas uppdrag. Är det önskvärt att akutmottagningarna sett från ett brukarperspektiv utgör en del av primärvården där det finns risk att brukaren kan uppleva att det finns en valfrihet att uppsöka en akutmottagning istället för en vårdcentral vid akuta, men inte livshotande åkommor, och hur påverkas verksamheten vid akutmottagningarna (resurstilldelning, ändamålsenlighet och effektivitet) av tillströmningen av patienter som kunde ha sökt sig till primärvården? Utgör den nuvarande arbetsfördelningen mellan primärvård och akutmottagningar den mest ändamålsenliga fördelningen eller finns det andra organisationsmodeller som skulle vara mer ändamålsenliga, t ex dygnsöppna jourmottagningar inom primärvården, ”cityakuter” e t c? I vilken utsträckning har dessa frågeställningar varit föremål för systematiska avvägande och beslut i landstingets ledning?