



Äldremottagning

- mottagning av äldre och multisjuka äldre

Revisionsrapport

Sammanfattning

Revisorerna har i revisionsplan för 2018 bedömt att det föreligger risk för att tillgängligheten för multisjuka äldre och kroniskt sjuka inte har säkerställts. I planen anges att en fördjupad granskning ska genomföras.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden har säkerställt en god tillgänglighet för multisjuka och kroniskt sjuka äldre, i enlighet med nämndens beslut om ”Äldremottagning”.

Nedan har granskningsresultatet sammanfattats utifrån aktuella revisionsfrågor.

Har Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden tillsett att hälsocentralerna har inrättat samordningssköterskor för mottagning för multisjuka och kroniskt sjuka äldre?

Vi har noterat att tjänsterna har inrättats men med betydande begränsningar. Vårdvalsersättningen innebär att endast delar av en tjänst kan avsättas som samordningssköterska, vilket inte leder till nödvändig samordning. Vi menar att det i nämndens ansvar ingår att stödja organisering och prioriteringar i verksamheten så att avsikten med den beslutade äldremottagningen kan genomföras.

Har FPTN har säkerställt att hälsocentralerna i övrigt har organiserat en effektiv mottagning för patientgruppen?

Vi har funnit en del förklaringar till att nämndens beslut om inrättande av äldremottagning kom att fördröjas i närmare två år samt att den implementering som påbörjats kommit att ske i form av en begränsad försöksverksamhet.

I (dåvarande) landstingsledningen och i ledningen för primärvårdsförvaltningen har flera byten på ledande befattningar skett och en betydande omorganisation av hela ledningsstrukturen genomfördes fram till första halvåret 2017. Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden uppvisade betydande underskott 2016 och 2017. Nämnden tillförde inför 2018 inga ytterligare eller specialdestinerade resurser för det särskilda beslut som fattats.

Vi bedömer, mot bakgrund av redovisade genomförandehinder, att Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden behövt ta en tydligare och mer aktiv roll i styrningen av resurser. Endast genom att statliga medel tillkommit under 2018, har verksamheten med äldremottagning kunnat prövas.

Vi bedömer sammanfattningsvis att Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden inte har säkerställt en effektiv mottagning av äldre.

Vad avser den tredje revisionsfrågan - om resultat kan avläsas i form av minskade besök till akutvård - så har försöksverksamheten bedömts vara alltför begränsad för att någon identifierbar förändring skulle kunna knytas till densamma.

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	4
2	Syfte och revisionsfråga	4
3	Revisionskriterier	5
4	Metod och avgränsning	5
5	Varför äldremottagning?	5
5.1	Utveckling	5
5.5.1	Utblick	6
5.2	Beslut i nämnden	6
6	Äldremottagning i Region Västernorrland	7
6.1	Vårdvalsersättningen	7
6.2	Samordningssköterskor - erfarenheter under 2018	8
6.3	Projektet äldremottagning	8
6.3.1	Erfarenheter från projektets genomförande	9
7	Utblick - alternativa lösningar	12
8	Vad väntar?	12
8.1	Befolkningsutveckling	12
9	Revisionella bedömningar	13

1 Bakgrund

Myndigheten för Vård och omsorgsanalys konstaterade i rapporten ”VIP i vården - om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom”¹ att:

”Patientcentrering är en särskilt stor utmaning för personer med flera kroniska sjukdomar.

...

Det verkar på flera sätt vara utmanande för vårdens olika aktörer att organisera och koordinera sina olika insatser på ett sätt som utgår från patientens (både medicinska, emotionella, sociala och praktiska) behov.”

Av ”Målbild Hälso- och sjukvårdens utveckling i Region Västernorrland”² framgår att fokus på patientgrupper med stora behov är nödvändigt, kroniskt sjuka nämns särskilt.

I Regionplanen³ anges att besök till akutmottagningarna kan minskas med en effektiv äldre- och i Regelbok för Vårdval⁴ har en målbaserad ersättning för äldre- och i mottagning fastställts.

Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden (FPTN) fattade i maj 2016 beslut om inrättande av särskild mottagning för multisjuka äldre och kroniskt sjuka. En kartläggning av hälsocentralerna i Sundsvallsområdet pekade på ett antal utvecklingsområden för att minska ”tappet” av listade. Vid rapportering i maj 2017 hade mottagning ej igångsatts. I februari 2018 framkom att tre till fyra ”piloter” skulle igångsättas med utvärdering hösten 2018, varav en i Sundsvall.

Det föreligger betydande skillnader mellan de olika Hälsocentralerna i förmågan att klara vårdgarantin: kontakt med hälsocentral samma dag respektive tid till allmänläkare inom sju dagar. Vårdgarantin avser nybesök, vilket kan ha en negativ påverkan för kronikervården.

Revisorerna har i revisionsplan för 2018 bedömt att det föreligger risk för att tillgängligheten för multisjuka äldre och kroniskt sjuka inte har säkerställts. I planen anges att en fördjupad granskning ska genomföras.

2 Syfte och revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden har säkerställt en god tillgänglighet för multisjuka och kroniskt sjuka äldre. Följande revisionsfrågor avses besvaras:

- om Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden har tillsett att hälsocentralerna har inrättat samordningsskoterskor för mottagning för multisjuka och kroniskt sjuka äldre,
- om FPTN har säkerställt att hälsocentralerna i övrigt har organiserat en effektiv mottagning för patientgruppen,
- om besök av multisjuka äldre till akutmottagningarna har minskat.

¹ Rapport 2014:2

² Beslutad av Landstingsfullmäktige 2016-11-23--24, § 216.

³ Regionplan 2018-2020, beslutad av Regionfullmäktige 2017-04-26--27 (§ 85)

⁴ Beslutad av Regionfullmäktige 2017-06-21--22 (§ 112)

3 Revisionskriterier

De revisionskriterier som kommer att bilda underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar är huvudsakligen följande:

- Kommunallagen (SFS 2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)
- Nämndens reglemente⁵
- Regelbok 2018 Vårdval Västernorrland
- Målbild Hälso- och sjukvårdens utveckling i Region Västernorrland
- Regionplan 2018-2020

4 Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervju med den av primärvårdsförvaltningen anställda verksamhetsutvecklare som lett projektet Äldremottagning. Den utvärdering⁶ och slutrapport som avgavs till Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden i december 2018 har varit ett väsentligt underlag i vår granskning.

Granskningen avgränsas till Region Västernorrlands hälsocentraler (HC) inom primärvården.

5 Varför äldremottagning?

5.1 Utveckling

Socialstyrelsen presenterade 2013 en kartläggning av primärvårdens ansvar och insatser för vården av de mest sjuka äldre⁷. I rapporten konstaterades att:

”Landstingen kan behöva utreda de mest sjuka äldres primärvårdsbehov och hur dagens primärvård motsvarar dessa behov. Socialstyrelsen vill också lyfta fram frågan om och i vilken grad landstingens befintliga ersättningssystem stimulerar det i dag. Socialstyrelsen anser vidare att primärvården behöver utveckla ett situationsorienterat arbetssätt och säkerställa en god tillgång till geriatrisk kompetens. Landstingen behöver också öka

- möjligheterna att identifiera de mest sjuka äldre i den specialiserade vården och föra över informationen till primärvården som då bättre kan vara målgruppens samordningsansvariga
- primärvårdens deltagande i vårdplaneringen genom att använda fast vårdkontakt i primärvården
- andelen äldre som erbjuds hembesök av läkare och använda vårdprogram riktade till målgruppen i vården”

I den statliga utredningen ”Effektiv vård”⁸, föreslogs att primärvården delas in i två organisatoriskt olika delar: en allmän som motsvarar den nuvarande och en riktad som fullgör primärvården för äldre, sköra patienter med omfattande vårdbehov.

⁵ Beslutad av Regionfullmäktige 2016-11-23--24 (§ 218)

⁶ Rapport ”Resultat och utvärdering av en ny länsrutin för äldremottagning i Region Västernorrland”, Maria Wedin, presenterad för Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden i december 2018

⁷ Primärvårdens ansvar och insatser för vården av de mest sjuka äldre, Socialstyrelsen 2013-12-18.

⁸ SOU 2016:2

I utredningen konstateras att:

” En stor del av sjukvården riktas till multisjuka; personer med minst två kroniska sjukdomar står för 50 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar.

..

Förekomsten av kroniska sjukdomar är naturligt relaterad till ålder – 85 procent av svenskarna över 65 år har minst en kronisk sjukdom. I gruppen 65–74 år har 56 procent fler än en kronisk sjukdom, i gruppen 75 till 84 år 77 procent, och i gruppen över 85 år 81 procent.”

5.1.1 Utblick

Förekomsten av äldremottagning runt om i landet uppvisar inte någon enhetlig bild. Region Skåne kan sägas ha varit föregångare när man 2014 fastställde kriterier för ackreditering av äldremottagning och avsatte stimulansmedel för införande. I Stockholms läns landsting beslutades om äldremottagning vid samtliga vårdcentraler från hösten 2016. I Region Kalmar beslutades så sent som i december 2018 att äldremottagning inte skulle införas, bland annat med hänvisning till att primärvården genom ny lagstiftning fått ansvar för den samordnade vårdplaneringen vid utskrivning från sjukhus. Äldremottagning förekommer också knuten till sjukhus, exempelvis i Östergötland.

5.2 Beslut i nämnden

Vid nämndens sammanträde 2016-05-27, § 68, beslutades om att särskilt tillse de multisjuka äldres och kronikers behov genom en särskild mottagning för dessa i Sundsvall. Beslutet ledde inte till någon verksamhet i primärvårdsförvaltningen under 2016. Vid sammanträde i maj 2017 (2017-05-31, §58), lämnades en förklaring till tidsutdräkten av den nyligen tillförordnade primärvårdsdirektören:

”Primärvården har sedan våren 2016 planerat för en ny organisation med 4 verksamhetsområden för hälsocentralerna, där de sista enhetscheferna tillsattes i jan 2017. Det har varit chefsbyten på många nivåer i Primärvården, så det har tyvärr inte genomförts något arbete för att inrätta en särskild mottagning för multisjuka äldre och kroniker.

Primärvården har infört samordningssköterska för listade > 65 år på de flesta hälsocentralerna, här pågår arbete med att utarbeta ett fungerande arbetssätt.”

Vid sammanträdet i november 2017 (2017-11-14, § 116) beslutade nämnden om en fördjupad återrapportering av arbetet med införande av särskild äldremottagning, vid nämndens sammanträde i februari 2018.

Vid årsskiftet 2017/2018 tillfördes särskilda statliga medel, vilket innebar att primärvården kunde rekrytera verksamhetsutvecklare.

Återrapporteringen i februari 2018 (2018-02-20, 16 §) angav att primärvården, med stöd av verksamhetsutvecklare, hade inventerat hur bemanning och arbetssätt utifrån de mest sjuka äldre och kronikers behov såg ut inom de fyra verksamhetsområdena för HC (hälsocentraler). Ett projekt för att utveckla äldremottagning avsågs igångsättas under våren med utvärdering under hösten 2018.

Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden fattade samtidigt ett tilläggsbeslut om att ”äldrevårdsmottagningen ska ha tillgång till geriatrisk kompetens”.

Kommentar

Vi kan konstatera att beslutet inte effektuerades under ett helt år (maj 2016 – maj 2017). Ett beredningsarbete kom igång under hösten 2017. Fördröjningen uppges bero på de många chefsbyten som förekom, såväl i landstingsledningen som i primärvårdens ledning. Vi bedömer att en bidragande orsak också kan vara att den systematiska uppföljning som nämnden tidigare haft som praxis upphörde från in-trädet i den nya mandatperioden 2015 (uppföljningen har sedermera återinförts).

Vi konstaterar vidare att nämnden inte har tillskjutit medel för den nya verksamheten. Nämnden har inte lämnat förslag eller beslutat om omprioritering av resurser. Vi har heller inte funnit att nämnden gjort framställningar till fullmäktige om nya resurser eller framställningar om förändringar i ersättningar enligt ”Regelboken för vårdval”. Trots detta så beslutar nämnden i februari 2018 att ställa ytterligare krav (särskild specialistläkarkompetens) på verksamheten.

Vi noterar i anslutning till detta att primärvården i egen regi uppvisat betydande underskott under såväl 2016 som 2017.

6 Äldremottagning i Region Västernorrland

De särskilda behoven att samordna behoven för de mest sjuka/multisjuka äldre uppmärksammas i ”Regelbok för godkännande i Vårdval Västernorrland” 2017 och återkommer 2018, se avsnitt 4.4.1 ”Vården av mest sjuka/multisjuka äldre”.

”Vårdcentralen har en samordnande roll i vården av de mest sjuka/multisjuka äldre. För att ge förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakten med vården, får vårdgivaren särskild ersättning om man har namngivna medarbetare i funktionen som samordnare för vården av mest sjuka/multisjuka äldre (samordningssköterska).”

Definition av mest sjuka/multisjuka äldre, enligt regelboken:

”Äldre med omfattande omsorg (mest sjuka äldre) och/eller med omfattande sjukvård med flera diagnoser ur olika diagnosgrupper enligt internationella klassifikationssystemet ICD10. Ska uppfylla minst ett av följande kriterier:

Omsorg

- Bor permanent i särskilt boende
- Har beviljats beslut om 25 eller fler hemtjänststimmar per månad i ordinärt boende
- Har beviljats beslut om insats med stöd enligt LSS
- Har beviljats beslut om korttidsboende.

Omfattande sjukvård under en 12 månaders period

- Uppfyllt kriterierna för multisjuk
- Fler än 19 dagar i slutenvård
- Fler än 3 inskrivningar i slutenvård
- Fler än 7 besök till specialistläkare i öppen vård”

6.1 Vårdvalsersättningen

Hälso-, och vårdcentraler får under 2018 en särskild ersättning för samordningssköterska - 114,25 kr per listad över 65 år. Ersättning utgår för namngiven medarbetare som har en del av sin tjänst i funktionen.

6.2 Samordningssköterskor - erfarenheter under 2018

Samordningssköterskor finns vid alla hälsocentraler. Den listningsersättning som utges räcker dock bara till delar av en tjänst. I regionen utgör äldre över 65 år närmare 24 % av befolkningen, med en betydande variation mellan olika kommuner. Än större blir skillnaden om man ser till tätort respektive glesbygd. Den faktiska skillnaden uppges till mellan 16 % och 38 % i andel listade över 65 år.

Om vi antar att medelvärdet skulle gälla för andelen vid en hälsocentral med 5000 listade så skulle listningsersättningen för samordningssköterskan uppgå till ca 135 000 ($5000 * 0,24 * 114$ kr). Ersättningen ger utrymme för mindre än 30 % tjänst. Vid en hälsocentral i glesbygd med 1500 listade men med en större andel äldre (anta 35 %) ger listningsersättningen för äldre över 65 år utrymme för ca 10 % tjänst som samordningssköterska.

En tydlig erfarenhet från de samordningssköterskor som ingått i Äldremottagningsprojektet uppges vara att tillgängligheten för de äldre måste ske i en prioritering mot de andra uppgifter som ska genomföras. Fasta telefontider är svåra att upprätthålla. Trots att direktnummer till en utsedd kontaktsköterska uppges vara önskvärt (särskilt för patientgruppen) medger inte arbetssituationen sådana möjligheter. En betydande del av de mottagningsbesök som genomfördes inom ramen för projektet Äldremottagning kom att utföras av verksamhetsutvecklaren.

Noteringar

Vi har noterat att hälsocentralerna har utsett kontaktsköterskor på delar av en tjänst. Beräkningsmässigt så bör listningsersättningen ge utrymme för 20-50 % av tjänst vid två tredjedelar av hälsocentralerna, med ett totalt spann från ca 15 % för den minsta och upp till en hel tjänst för den med störst antal listade. Erfarenheterna tyder på att uppgifterna i denna roll i hög utsträckning måste balanseras mot en mängd andra arbetsuppgifter.

Vi menar, mot bakgrund av att en stor andel av besöken vid hälsocentralerna görs av äldre, att en ökad samordning genom kontaktsjuksköterskor bör övervägas. Den trygghet som kan upplevas genom att nå samma sköterskor/läkare kan möjligen även leda till färre besök.

Måhända bör också berörda nämndspolitiker i högre grad engagera sig i beredningen av regelboken och fördelningen av vårdvalsersättning.

6.3 Projektet Äldremottagning

Uppdraget gällde att utforma en ny länsrutin för Äldremottagning vid Regionens Västernorrlands offentliga hälsocentraler i syfte ge äldre personer trygghet, kontinuitet och tillgänglighet genom att deras vårdkontakter samordnas och ett mer personcentrerat arbetssätt utformas för samordningssköterskorna.

Projektet genomfördes vid 3 hälsocentraler: Västra HC med två enheter (Ramsele och Junsele), Gillebergets HC samt Ankarets HC, under perioden 2018-05-01 -- 2018-09-30.

Länsrutinen innehåller kriterier för målgruppen och en checklista för innehåll i Äldremottagningsbesöket. Uppdragets målgrupp var personer 75 år och äldre och listade vid de hälsocentraler som ingick i uppdraget.

Personer i kommunalt särskilt boende eller de med kommunal sjukvård i hemmet exkluderades ur uppdraget.

6.3.1 Erfarenheter från projektets genomförande

För utvärdering av projektet uppsattes fem delmål:

Delmål 1 Att få en översikt hur arbete bedrivs kring personer 75 år och äldre i Region Västernorrland.

- 19 hälsocentraler (HC) hade inte något specifikt arbetssätt kring patienter 75 år och äldre.
- Endast på en HC fanns fast läkare kopplad till äldre personer.
- Alla HC hade en samordningssköterska med specifika arbetsuppgifter t.ex. att stödja den mest sjuka så att samverkan mellan alla delaktiga i dennes vård fungerade på ett tillfredställande sätt för individen.
- 13 HC hade även en demenssköterska.
- Tre HC hade ett direktnummer till samordningssköterskan.
- Alla HC hade teleQ med knappval.
- Alla HC tog emot akuta besök.
- Vid två HC skrevs individuella vård-/genomförandeplaner vid behov och vid en hälsocentral skrevs vård-/genomförandeplan regelbundet. Resterande 17 skrev inga individuella vård-/genomförandeplaner.
- 15 HC använde rapportsystemet SveDem⁹, vid en HC användes registrering för hjärtsvikt.
- 14 HC genomförde läkemedelsgenomgångar av läkare, vid en HC kunde SSK utföra förarbetet, vid ytterligare en HC utfördes det inte alls, och vid två av HC utfördes dessa mest mot hemsjukvårdspatienter.
- 8 HC utförde receptförskrivning årsvis, vid 10 HC gjordes försök att skriva årsförbrukning av recepten.
- 11 HC hade regelbundet samarbete med apotekare.
- 7 HC har/ har haft samarbete med Älsateamet.

Delmål 2 Utarbeta ändamålsenlig länsrutin för Äldremottagning genom användning av samordningssköterskans kompetens.

För att utarbeta en länsrutin krävdes kriterier för målgruppen och en ”checklista” för innehåll i äldremottagningsbesöket. En litteraturgenomgång av tidigare utförda äldremottagningar genomfördes samt intervju med handläggare vid vårdval och intervjuer med samordningssköterskor och en läkare.

1 Användbara kriterier som fastställdes för målgruppen:

- att personen är 75 år och äldre
- har fem eller fler läkemedel
- har haft fem eller fler läkarbesök på HC senaste året

⁹ SveDem är ett nationellt kvalitetsregister i syfte att samla in data om personer med demenssjukdom

- varit inlagd på sjukhus under de tre senaste månaderna
- har svårigheter att gå, förflytta dig eller nyligen fallit
- har minnesproblem
- är ensamboende
- har bensår som ej läkt efter 3 månader

Av kriterierna bör minst tre uppfyllas för att personen ska erbjudas besök på Äldremottagning.

2 Innehåll i checklistan:

- personcentrerade frågor
- anamnes enligt vips-modellen¹⁰
- PHASE-20 eller PHASE-Proxy¹¹
- genomförandeplan
- dina vårdkontakter
- ett telefonnummer in till Äldremottagningen

Delmål 3 Pröva länsrutinen för Äldremottagning. Den utarbetade länsrutinen prövades vid de fyra hälsocentralerna i projektet, i ett första skede om ca sex veckor vid distriktssköterskemottagningarna och därefter under sex veckor vid läkarmottagningarna.

168 personer (75 år eller äldre) besökte distriktssköterske- och två läkarmottagningar. Av dessa 168 personer matchade 82 personer Äldremottagningens kriterier. På grund av vissa förbehåll från hälsocentralcheferna, relaterat till bristande personalbemanning av olika orsaker erbjöds endast 26 äldre ett Äldremottagningsbesök varav 25 tackade ja. Den person som tackade nej ansåg sig inte vara i behov av innehållet i Äldremottagningen. Av de som tackade ja och genomförde ett Äldremottagningsbesök var endast 5 % mellan 75–80 år, resterande personer var äldre.

Av de övriga 86 äldre personerna som besökte distriktssköterske- och två läkarmottagningar under perioden men inte uppfyllde kriterierna önskade 32 personer ändå att bli erbjuden besök till Äldremottagning. Dessa ringdes upp och intervjuades om orsaken till att de också ansåg sig ha ett behov av Äldremottagningens innehåll. De behov som anfördes rörde möjligheten att träffa samma läkare och sköterskor, förbättrad tillgänglighet, längre tid vid besök för att gå igenom sina läkemedel, bättre möjlighet att ”fångas upp” som ensam m.fl. skäl.

Den genomsnittliga tiden från det att personen uppfyllde kriterierna till ett bokat och genomfört Äldremottagningsbesök var 7-21 dagar. Orsaker till kortare eller längre tid till besöket förklaras av att samordningssköterskan inte hade möjlighet att prioritera dessa besök i sin ordinarie funktion relaterat till bristande personalbemanning.

¹⁰ VIPS (välbefinnande-integritet-prevention-säkerhet) är en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad

¹¹ Phase-20 och Phase-Proxy är skattningsskalor för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

Av de personer som genomförde ett Äldremottagningsbesök minskade besöken hos läkare vid hälsocentralen tre månader efter besöket jämfört med 3 månader innan besöket. En orsak till färre läkarbesök skulle kunna vara att de äldre gavs möjlighet att prata om flera olika krämpor vid ett och samma tillfälle.

Delmål 4 Utvärdera samordningssköterskans uppfattning och erfarenhet av att genomföra ett första Äldremottagningsbesök enligt länsrutinen.

Samordningssköterskorna intervjuades vid två tillfällen under projekttiden. Deras erfarenheter kan sammanfattas enligt följande:

- att en timmes besök ger möjlighet till att fånga upp flera krämpor och frågeställningar som äldre personer ofta har. De upplevde att 60 minuter räcker för att lyssna in den äldre personens behov.
- att ett telefonnummer inte fungerar i den organisation som finns idag. De upplevde det svårt att kontinuerligt vara tillgänglig i telefon då de också har andra patientkategorier.
- att ett personcentrerat arbetssätt i Äldremottagningsbesöket är bra
- att patienter, anhöriga och personliga assistenter upplevdes väldigt nöjda med innehållet i Äldremottagningen.

Delmål 5 Utvärdera äldre personers uppfattning och erfarenheter av sitt första besök på Äldremottagningen.

För att undersöka hur de äldre patienterna upplevt sina besök genomfördes telefonintervjuer någon vecka efter besöket. Erfarenheterna kan sammanfattas enligt följande:

- upplevelsen att bli sedd, lyssnad på och få prata om flera krämpor vid samma tillfälle
- möjligheten att ställa frågor och få raka svar
- trygghet
- upplevelsen att deras oro tas på allvar
- känslan av att bli omhändertagen
- slippa berätta sjukdomshistorien gång på gång genom att få vända sig till en sköterska
- förtroende för vården
- uppföljning av medicinerna
- minskade kontakter med hälsocentralen
- att de känner sig värdefulla
- att de skulle komma närmare vården
- minska ensamhetskänslan
- hjälp med samordningen

De intervjuade äldre förväntade sig att äldremottagningen ska innebära: flexibla besökstider, att inte behöva avsluta besöket inom viss tid, möjlighet till besök som inte behöver bokas i förväg, möjlighet till hembesök samt att någon ska ha tid att lyssna och att flera åkommor kan beröras vid samma besök.

Noteringar

Vi noterar att ”Äldreprojektet”, trots att det med undantag för verksamhetsutvecklaren/projektledaren har bedrivits inom ramen för befintliga resurser, har visat på en väg framåt i syfte att förbättra de äldres upplevelser av mottagandet i vården.

Vi bedömer att de erfarenheter och rekommendationer som framförs i slutrapporten bör tas tillvara för att utgöra grund för utvecklingen av en sammanhållen äldremottagning. Vi menar att en tydligare politiskt styrning krävs för att tillskapa resurser - nya eller i form av omprioriteringar och/eller stöd för omorganisering av personella resurser.

7 Utblick - alternativa lösningar

För att i någon mån belysa alternativa lösningar för att genomföra äldrevårdsmottagning har några exempel valts där äldremottagning kan sägas ha ”kvalificerats” ytterligare.

I region Uppsala har tre enheter med ”närvårdsplatser” inrättats¹². I staden Uppsala fungerar en enhet som eftervårdsplatser för Akademiska sjukhuset, dvs för dem som inte längre är i behov av eftervård men som inte bedöms kunna skrivas ut till hemmet/hemsjukvård/kommunalt boende. I Östhammar har en enhet inrättats med närvårdsplatser för vård som inte kräver sjukhusvård men är mer omfattande än primärvårdens uppgift, en tredje enhet har ännu inte utvärderats.

I region Västerbotten har närvårdsplatser inrättats vid ”sjukstugorna”¹³ (vårdcentraler med längre avstånd till sjukhusorter). Vårdplatserna är ofta samlokaliserade med kommunala korttidsplatser (för anhörigavlastning).

Närvårdsplatserna i både region Uppsala och region Västerbotten har tillgång till daglig läkartillsyn och används exempelvis för ”insulinjustering” och övervakning av andra kroniska tillstånd samt ger möjlighet till palliativ vård nära hemmet.

8 Vad väntar?

8.1 Befolkningsutveckling

Den övergripande demografiska utvecklingen innebär en allt större andel äldre i förhållande till den arbetsföra befolkningen. Av tabellen nedan framgår att de äldre över 65 år i region Västernorrland ökar också absoluta tal, drygt 2400 personer under perioden 2013-2017.

¹² <https://www.regionupsala.se/Global/Slutrapport%20Utv%C3%A4rdering%20n%C3%A4rv%C3%A5rdsplatser.pdf>

¹³ Exempelvis: <https://www.1177.se/Vasterbotten/Hitta-varld/Vasterbotten/Kontakt/Vilhelmina-sjukstuga-halsocentral-mottagning/>

Tabell 1 Antal äldre i ålderklasser - RVN

	År					Relativ ökning 2013-2018
	2013	2014	2015	2016	2017	
65-74 år	31032	31637	32066	32247	32282	4,03%
75-84 år	17833	18105	18183	18463	18909	6,03%
85-94 år	6705	6732	6774	6761	6770	0,97%
95+ år	437	442	448	479	485	10,98%
Sum	56007	56916	57471	57950	58446	4,35%

Mot bakgrund av de konstaterade skillnaderna i vårdkonsumtion i olika åldersgrupper i den tidigare nämnda utredningen ”Effektiv vård” (SOU 2016:52) utgör det ökande antalet äldre och särskilt den ökande andelen, en stor utmaning för regionens ekonomi.

9 Revisionella bedömningar

Har Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden tillsett att hälsocentralerna har inrättat samordningssköterskor för mottagning för multisjuka och kroniskt sjuka äldre?

Vi noterar att tjänsterna har inrättats men i egentlig mening enbart till namnet. Vårdvalsersättningen innebär att endast delar av en tjänst benämns samordningssköterska, vilket inte befordrar en nödvändig samordning. Vi menar att i nämndens ansvar ligger att stödja organisering och prioriteringar i verksamheten så att avsikten med den beslutade äldremottagningen kan genomföras.

Har FPTN säkerställt att hälsocentralerna i övrigt har organiserat en effektiv mottagning för patientgruppen?

Vi finner en del förklaringar till att nämndens beslut om inrättande av äldremottagning kom att fördröjas i närmare två år samt att den implementering som påbörjats kommit att ske i form av en begränsad försöksverksamhet.

Nämnden uppdrag till förvaltningen får endast ske via regiondirektören (dåvarande landstingsdirektören) och här har byte skett på posten. I ledningen av primärvårdsförvaltningen har därtill byten skett och en betydande omorganisation av hela ledningsstrukturen genomfördes fram till första halvåret 2017. Detta har kunnat medverka till att ”ärendebalanserna” inte fått tillräcklig uppmärksamhet och uppföljning. Nämnden tog också från 2015 bort den lista för uppföljning av fattade beslut som tidigare fanns. Nämnden har under 2018 återinfört uppföljning.

Att implementeringen av beslutet om införande av ”äldremottagningar” har behövt begränsas i betydande mån får ses mot bakgrund av primärvårdens betydande underskott, såväl 2016 som 2017. Nämnden tillförde inför 2018 inga ytterligare eller specialdestinerade resurser för det särskilda beslut som fattats. Vi menar att resurser också kan frigöras genom politiska beslut om omprioriteringar.

Vi bedömer, mot bakgrund av ovan redovisade genomförandehinder, att Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden behövt ta en tydligare och mer aktiv roll i styrningen av resurser. Endast genom att statliga medel tillkommit under 2018, har verksamheten med äldremottagning kunnat prövas.

Vi bedömer sammanfattningsvis att Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden inte har inte säkerställt en effektiv mottagning av äldre. Vi menar samtidigt att en länsrutin som bygger på det arbetssätt och de erfarenheter som framkommit i projektet Äldremottagning kräver en tydligare politisk styrning med nödvändiga prioriteringar.

Vad avser den tredje revisionsfrågan - om resultat kan avläsas i form av minskade besök till akutvård - så har försöksverksamheten bedömts vara alltför begränsad för att någon identifierbar förändring skulle kunna knytas till densamma. Det finns vissa indikationer inom ramen för det genomförda projektet, att de personer som genomförde ett Äldremottagningsbesök minskade besöken hos läkare vid hälsocentralen tre månader efter besöket, i jämförelse med 3 månader innan besöket.

Härnösand 2019-01-22

Tage Magnusson
Certifierad kommunal revisor