

# Geriatrisk på Skånes universitetssjukhus

*Utredning av hur verksamheten  
bör organiseras för patienter med  
behov av geriatrisk kompetens*

Petra Vogt

November 2023

# Innehållsförteckning

|                                                                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sammanfattning .....                                                                                                                           | 3  |
| 1 Utredningsuppdraget .....                                                                                                                    | 4  |
| 2 Arbetsgång .....                                                                                                                             | 4  |
| 3 Bakgrund.....                                                                                                                                | 6  |
| 3.1 Dagens organisering och struktur av vården av den geriatriska eller sköra äldre patienten på SUS .....                                     | 6  |
| 3.1.1 Malmö .....                                                                                                                              | 6  |
| 3.1.2 Lund .....                                                                                                                               | 7  |
| 3.1.3 Övriga VO.....                                                                                                                           | 7  |
| 3.2 Databaserad beskrivning av målgruppen .....                                                                                                | 8  |
| 3.3 Värde av geriatrisk vård.....                                                                                                              | 9  |
| 4 Problemformulering .....                                                                                                                     | 10 |
| 5 Förslag till organisering för God och nära vård av de patienter som har behov av geriatrisk kompetens.....                                   | 11 |
| 5.1 Förslag på hur den geriatriska kompetensen skall kunna erbjudas till de geriatriska patienter som behöver det, oavsett var de vårdas ..... | 11 |
| 5.2 Förslag på hur geriatrik, allmänmedicin, internmedicin och ortopedi kan samverka runt gruppen sköra äldre .....                            | 12 |
| 5.3 Förslag på hur den geriatriska vården kan organiseras .....                                                                                | 12 |
| 5.4 Förslag på hur detta kan göras i praktiken .....                                                                                           | 13 |

## Sammanfattning

SUS vision är Bästa möjliga hälsa i livets alla skeden. Den fjärde åldern är kanske det av livets skeden då vi är allra mest beroende av att välfärden och sjukvården bidrar aktivt och långsiktigt till vår hälsa. Blir du svårt sjuk i det skedet av livet, så är det inte nödvändigtvis den just då akuta sjukdomen som är den stora utmaningen för individen, eller anhöriga, utan din samlade skörhet, sårbarhet och utsatthet.

Den geriatriska verksamheten på SUS har kommit att präglas av en känsla av övergivenhet och fel förväntningar och förutsättningar för att göra rätt saker. Utvecklingskraften har mattats av och många duktiga personer har valt att sluta och ta med sin kunskap och erfarenhet till andra sammanhang. Medarbetarna skulle behöva bli sedda och uppskattade för den unika kompetens man tillför, för att det stora högspecialiserade sjukhuset ska kunna bidra till bästa möjliga hälsa i livets senare skeden, genom en gedigen geriatrisk generalistverksamhet, med ett starkt fokus på den enskildes behov och förutsättningar. Helt i linje med alla styrande dokument. Detta löses inte genom förändringar i organisationsstrukturen, utan genom förändringar i synsätt och att vi tydligare visar att vi står för våra värderingar: Välkomnande, drivande, omtanke och respekt.

Den geriatriska och/eller sköra äldre patienten är en vanlig patient på våra avdelningar på hela sjukhuset redan idag. Med den prognostiserade befolkningsutvecklingen kommer den att bli ännu vanligare. Det är inte bara den individ som drabbats av ”akut geriatrik” som behöver en geriatrisk vårdplats. Det är heller inte så att specialiserad geriatrisk vård *inte* behövs för någon som drabbats av en organspecifik sjukdomshändelse. Geriatriskt teambaserat omhändertagande skulle behöva erbjudas till alla sköra äldre patienter oavsett ursprunglig anledning till vårdepisoden. Att flytta runt dessa patienter för att uppfylla ett av deras behov i taget är både kvalitets- och kostnadsmässigt det sämsta vi kan göra.

Utredarens uppfattning är att det därför skulle behövas en förändring som innebär en tydlig markering av nödvändigheten med att SUS kan erbjuda det värde som en teambaserad geriatrisk vård innebär för alla sköra äldre patienter, oavsett vilket verksamhetsområde de vårdas inom. Ett tydligt uppdrag och mandat skulle behöva förmedlas, som gäller tvärgående över verksamhetsområdena.

# 1 Utredningsuppdraget

Verksamhetschefen för NRMG (verksamhetsområde neurologi, rehabilitering, minnessjukdomar, geriatrik) har väckt frågan ifall den aktuella placeringen av VE Geriatrik gynnar geriatrikens utveckling, eftersom samordningsvinster med de tre neuro-inriktade specialiteterna inom NRMG upplevs begränsade. Utredningen ska utforska ifall en förändring bättre kan möta syftet för geriatrisk sjukvård: att minimera de begränsningar i aktivitetsförmåga som uppkommer till följd av sjukdom och åldrande. Samordning av insatser är en nyckel för att tillgodose den åldrande patientens komplexa behov, nya vårdformer i gränslandet mellan slutenvård och andra vårdformer är ett exempel där kompetensen ger god avkastning. Geriatrik delar gemensam kunskapsbas med övriga invärtesmedicinska specialiteter, och att använda detta som en tillgång kan vara en nyckelfaktor. Geriatrisk forskning inom universitetssjukvården och utbildning av specialister i geriatrik behöver säkras.

Utredarens uppdrag har varit att utreda geriatrikens roll på Skånes Universitetssjukhus (SUS) och hur verksamheten bör organiseras för att på bästa sätt främja en god och nära vård av de patienter som har behov av geriatrisk kompetens.

- Ta fram ett förslag på hur den geriatriska kompetensen skall kunna erbjudas till de geriatriska patienter som behöver det, oavsett var de vårdas.
- Ta fram förslag på hur geriatrik, allmänmedicin, internmedicin och ortopedi kan samverka runt gruppen sköra äldre.
- Ta fram förslag på hur den geriatriska vården bör organiseras.

Förslagen som tas fram skall beakta geriatrikens utbildnings- och forskningsuppdrag och vara i linje med mål och strategi för framtidens hälsosystem samt SUS övergripande mål och strategier.

## 2 Arbetsgång

Initialt förtydligades uppdrag och intentioner genom dialoger mellan utredare och uppdragsgruppen (verksamhetschefer för VO NRMG och VO akutsjukvård och internmedicin, samt biträdande förvaltningschef). Med utgångspunkt i uppdraget har sedan det genomförts ett antal intervjuer med representanter från berörda och intilliggande verksamheter, både på olika ledningsnivåer och verksamhetsutvecklare och medarbetare (i huvudsak läkare, men inte enbart). Även externa företrädare för geriatrik har bidragit. Varje intervju har avslutats med uppmaning att föreslå ytterligare personer för utredaren att intervjua för att vidga bilden av situationen. Alla intervjuade har också haft möjlighet att bidra med underlag i form av rapporter, artiklar, presentationsunderlag, etc. Intervjuer har skett med företrädare för:

### VE Geriatrik

- Ledning: verksamhetschef, områdeschef, sektionschef, omvårdnadsledare
- Läkare: specialist, ST-läkare, nuvarande, avslutade
- Avd 31
- Verksamhetsutvecklare

- Controller
- HR

#### Externa intressenter:

- VO Akutsjukvård Helsingborgs Lasarett, de geriatriska verksamheterna
- VO ortopedi, SUS
- VO Akutsjukvård och internmedicin, SUS
- VE Minnessjukdomar, SUS
- Primärvården Sydvästra Skåne, läkare och ledningsfunktioner
- Lunds Universitet, medicinska fakulteten, Geriatrik
- NPO och LPO Äldres hälsa och palliativ vård (nationellt och lokalt programområde inom nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård)
- Hallands sjukhus

Intervjuerna har genomförts, sammanställts och tolkats av utredaren. Preliminära tolkningar har presenterats i den mindre gruppering av ledningsfunktioner som utformade uppdraget, för att möjliggöra avstämning, förankring och inspel längs vägen. De slutledningar och förslag som presenteras är dock utredarens egna, och representerar inte nödvändigtvis de personer som intervjuats eller som har beretts möjlighet att kommentera längs utredningens gång.

Förutom intervjuer och dialoger har utredningen under arbetats gång och framtagande av förslag beaktat bland annat följande dokument.

- Mål och strategi för Framtidens Hälssystem<sup>1</sup>, inklusive förändrings- och genomförandeplan<sup>2</sup>
- VO NRMG Verksamhetsplan övergripande 2022-2024<sup>3</sup>, inklusive verksamhetsplan VE Geriatrik 2022-2024<sup>4</sup>
- Utvecklingen av antal geriatriker - hur ser det ut? Presentation 2023-03-31 av Frida Nobel, medicinalråd Socialstyrelsen
- Sköra äldre. Internt presentationsmaterial från akutmottagningen Malmö 2023-03-13
- Organisationsschema VO NRMG 2023-06-20<sup>5</sup>
- Rapport: En prognosmodell för dimensionering av slutenvård särskilt för gruppen äldre över 80 år.<sup>6</sup>
- Rapport 2020-10-12: Behov av geriatrisk vård och geriatriska vårdplatser i Region Skåne 2020-2030. Sölve Elmeståhl m fl.
- Genomlysning av personalbudget VE Geriatrik 2023-03-14
- Statistik från ordinarie datakällor för verksamhetsområdet

Dessutom sker en kontinuerlig referering till källor genom noter i texten.

De kontakter som tagits med verksamheten och kringliggande intressenter, och de intervjuer som genomförts utgör inte nödvändigtvis ett heltäckande eller ens ett

<sup>1</sup> [mal-och-strategi-framtidens-halsosystem.pdf \(skane.se\)](#)

<sup>2</sup> [forandnings--och-genomforandeplan-fhs-2022-2025\\_beslutades-23-juni-2022.pdf \(skane.se\)](#)

<sup>3</sup> [VO NRMG verksamhetsplan övergripande 2022-2024.docx \(skane.se\)](#)

<sup>4</sup> [verksamhetsplan VE Geriatrik 2022-2024](#)

<sup>5</sup> [Organisation 2023 VONRMG 230401.pdf \(skane.se\)](#)

<sup>6</sup> [Elmeståhl S, Pihlsgård M, Sanmartin Berglund J, Fratiglioni F, Wimo A. En prognosmodell för dimensionering av slutenvård särskilt för gruppen äldre över 80 år. 2020; 1-43, VE geriatrik, Skånes universitetssjukhus, Malmö. Tryckeri Exakta. ISBN 978-91-986440-0-5](#)

helt representativt underlag. Det kan finnas många åsikter och erfarenheter som inte lyfts fram i denna utredning, men det har under arbetets gång lagts vinning vid att ta del av olika erfarenheter och perspektiv, tills bilden har upplevts som väl belyst ur alla vinklar.

Denna utredning omfattar inte ekonomisk konsekvensbeskrivning, eller måltal för exakt antal vårdplatser nu eller i framtiden, eftersom dessa områden relativt nyligen genomlysts i andra rapporter enligt ovan. Utredningen har inte funnit någon anledning att ifrågasätta kartläggning eller slutsatser i dessa dokument, utan betraktar dem som aktuella och kompletterande underlag i ett fortsatt arbete kring en medicinskt, ekonomiskt och individuellt träffsäker vård av sköra äldre patienter med behov av SUS insatser.

## 3 Bakgrund

### 3.1 Historik

VE Geriatrik blev en del av VO NRMG i samband med en omorganisering 2019 (dnr. 1802266). VE Geriatrik flyttades då, tillsammans med VE Minnessjukdomar, från SUS Närsjukvård (som uppgick i en samlad primärvårdsförvaltning) till VO NRMG.

Under åren som har gått sedan dess har geriatriken missat en del av utvecklingståget, t ex att bli en integrerad del av det mobila sjukhusteamet (MST) i Malmö. I intervjuerna inom denna utredning framkommer att man tappat mycket nyckelkompetenser, inte minst specialister i geriatrik, till andra verksamheter, både inom och utanför Region Skåne. Det framträder en bild av en nedåtgående spiral, med ömsesidigt påverkande faktorer av att inte känna sig sedda och förstådda som medicinsk specialitet, att inte bli lyssnade på, att som generalist-specialitet betraktas som lågstatus-verksamhet på det högspecialiserade sjukhuset, att inte ha förutsättningar att driva nödvändig utveckling, men snarast betraktas som förändringsobenägna.

### 3.2 Dagens organisering och struktur av vården av den geriatriska eller sköra äldre patienten på SUS

#### 3.2.1 Malmö

Geriatrikavdelning 31 med 13 vårdplatser kommer från 1 januari 2024 att ha en ny organisation med att vårda ortogeriatriska patienter på avdelningen (pre/post höftfraktur) och då utöka till 20 vårdplatser. Från maj 2024 ska enheten flytta in på Nya sjukhusområdet Malmö (NSM) med 24 vårdplatser. Rekrytering pågår för att möta bemanningsbehovet av fler vårdplatser. Diskussion pågår om möjligt att ha 3 team varav ett med eftervårdplatser som bemannas med undersköterskor, men sjuksköterska på enheten har eftervårdsplatser som konsultuppdrag vid t ex vidbehovs-läkemedel.

Geriatriskens mottagningsverksamhet ligger idag i CRC-huset, men under hösten kommer Trycksårsmottagning, Körkortsmottagning och Fallpreventionsmottagning (idag som ett projekt driven av Lunds Universitet) att flytta till avdelning 31's tidigare slutenvårdslokaler. Sårorganisationen har från 2 oktober 2023 ett utökat uppdrag från att bara haft trycksår till att omfatta alla sår på SUS, utom diabetes och kirurgiska. Utökning från tre till fem sjukskötersketjänster planeras. För körkortsmottagningens del pågår utredning avseende trafikmedicinskt centrum, som ett delprojekt i Samverkan för bättre vård i Södra Sjukvårdsregionen<sup>7</sup>. Fallpreventionsmottagningen kommer att drivas vidare som projekt även under 2024, därefter finns förhoppning om att överföra denna till klinisk verksamhet.

### 3.2.2 Lund

Geriatriskavdelning 36 är från den 11 september omstrukturerad till en eftervårdsavdelning med åtta vårdplatser. Avdelningen bemannas av undersköterskor som vårdar medicinskt färdigbehandlade patienter med kvarstående rehabiliterings- och omvårdnadsbehov i väntan på hemgång med kommunala insatser. Avdelningen kan också ta emot patienter med planerad hemgång efterföljande dag utan insatser från kommunen. Alla enheter på SUS kan lägga in efter enhetens inläggningskriterier. På avdelningen finns tillgång till fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, kurator, sekreterare och läkare dagtid mån-fre. Detta är utformat som en temporär verksamhetsanpassning i samband med att rekrytering av sjuksköterska pågår. Målet är att under sen vår 2024 gå upp till ett akut team och ha kvar ett eftervårdsteam.

Undersköterskorna har tillgång till konsultsjuksköterska dygnet runt. Dagtid måndag-söndag säkerställer de geriatriska sjuksköterskorna läkemedelshanteringen. På jourtid har sjuksköterska på rehabiliteringsmedicin på plan 12 detta uppdrag för överlämning av vidbehovs-läkemedel till de undersköterskor som har delegering efter godkänd utbildning i läkemedelshandling. Samtal pågår för att sjuksköterskeuppdraget ska övergå till ortopederna, för ökad rumslig närhet. Samtal pågår också för ett ortogeriatriskt samarbete även i Lund.

### 3.2.3 Övriga VO

Även på akutmottagningen (VO akutsjukvård och internmedicin) görs mycket arbete för att förbättra omhändertagandet av sköra äldre patienter. En skörhetsskattning görs utifrån Clinical Frailty Scale (CFS) och akutjournalen märks upp. I en sammanställning av de sköra äldre som hamnar på akuten i Malmö<sup>8</sup> ses en bred flora av sökorsaker, hörande till olika VO. Varje dygn hanteras i snitt 13 sköra äldre patienter på akutmottagningen, varav 8 skrivs in, efter i medel nästan 10 timmar. Absolut vanligast är att sköra patienter befinner sig på akutmottagningen mellan kl 9 och kl 17. Målsättningarna med att skatta för skörhet och anpassa omhändertagandet är att

- Synliggöra vilka som är sköra äldre
- Sätta in åtgärder för att minska deras vistelsetid på akuten
- Få snabba medicinska beslut

---

<sup>7</sup> Delprojekt Regional arbetsfördelning i Södra sjukvårdsregionen ([sodrasjukvardsregionen.se](https://sodrasjukvardsregionen.se))

<sup>8</sup> Internt presentationsmaterial

- Ge specifika och anpassade omvårdnadsåtgärder
- Öka patientsäkerheten och minska risken för vårdskador
- Riskstratifiera för att ge stöd till medicinskt beslutsfattande

### 3.3 Databaserad beskrivning av målgruppen

Den potentiella målgruppen för geriatrisk akutsjukvård är äldre, multisjuka med komplex problematik (sköra äldre). Mångsjuklighet och komplexitet ökar med stigande ålder. De som har beviljade insatser från kommunen, i form av kommunal hälso- och sjukvård, omsorg, eller särskilt boende, är sannolikt en stor rekryteringsbas. I slutet av den innevarande tioårsperioden väntas befolkningen i åldrarna över 80 år ha ökat med 42 procent jämfört med 2022<sup>9</sup>.

I stora befolkningsstudier från England har man funnit att ca 15% av befolkningen mellan 65 och 80 år lider av skörhet och över 80 år är prevalensen mer än 30% och stiger successivt med åldern<sup>10</sup>. Det finns inga svenska prevalensstudier, men med motsvarande förhållanden i Sverige torde det röra sig om ungefär samma prevalens. Skörhetsbegreppet är viktigt för att förstå den äldre patientens behov, och behovet av det specifika geriatriska omhändertagandet<sup>11</sup>. Mycket av den stora nationella omställningen till Nära Vård tar sitt avstamp i den enorma utmaning det innebär att gruppen äldre blir så mycket större i förhållande till gruppen arbetsföra. I Pasis finner vi att på SUS vårdas på ett år drygt 29.000 patienter över 65 års ålder, och knappt hälften av dem är över 80 år gamla. Om vi extrapolerar de engelska siffrorna skulle det innebära ca 2550 + 3700 sköra äldre patienter, dvs ca 6250 individer i behov av en geriatrisk vårdplats och ett geriatriskt omhändertagande, för att uppnå de önskade vinsterna i form av överlevnad, självständighet och sänkt behov av återkommande sjukvård. Observera att detta är en grov uppskattning. Det är dock högst troligt att den population som hamnat på sjukhus snarast har en betydligt högre andel sköra individer, än befolkningen i allmänhet. Bara ca 1350 av dessa fick under samma tidsperiod vård på en geriatrisk avdelning. Resterande 4900 fördelade sig på sjukhusets övriga VE (antal äldre än 65 år/förväntat sköra): Akutsjukvård och internmedicin (7000/1500), Kirurgi (3500/750), Hjärtmedicin (3200/700), Ortopedi (2500/550), Neurologi (2000/450), Infektion (1400/300), Urologi (1400/300). Ner till denna omfattning skulle de sköra äldre patienterna i respektive verksamhet löpande belägga minst 8 vårdplatser. Hittills har endast VO Ortopedi landat i slutsatsen att deras patienter skulle vinna på ett organiserat geriatriskt vårdteam under vårdtiden.

Underlagsmaterialet för denna utredning talar ett tydligt språk: Det finns en stor, och snabbt växande målgrupp för geriatrisk vård, och oproportionerligt få vårdplatser med geriatrisk teamkompetens på SUS.

<sup>9</sup> Skånes befolkningsprognos - Utveckling Skåne (skane.se)

<sup>10</sup> Bandeen-Roche, K., Seplaki, C. L., Huang, J., Buta, B., Kalyani, R. R., Varadhan, R., . . . Kasper, J. D. (2015). Frailty in Older Adults: A Nationally Representative Profile in the United States. *The Journals of Gerontology: Series A*, 70(11), 1427-1434. doi:10.1093/gerona/glv133

<sup>11</sup> Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov (lakartidningen.se 2020-05-11)

### 3.4 Värdet av geriatrisk vård

Sammanlagt 17 randomiserade och kontrollerade studier (RCT) med totalt 4 780 patienter har analyserats i en så kallad metaanalys, där geriatrisk vårdform jämfördes med internmedicinsk eller ortopedisk vård. Resultaten visade att 28 procent färre patienter avlider inom geriatrisk vård jämfört med andra vårdformer, att 75 procent får en bättre funktionsförmåga och att ca 36 procent färre patienter behöver kommunala stödinsatser efter geriatrisk vård<sup>12</sup>.

Det finns också väl visat att geriatrisk vård på specialiserad avdelning ger dessa vinster, medan rörliga geriatriska team på sjukhuset, inte gör det<sup>13, 14</sup>, även under svenska förhållanden<sup>15</sup>.

Det som också behöver tas hänsyn till är den framväxande erfarenheten och evidensen för specialiserad sjukvård i hemmet, internationellt betecknad Hospital at home. Det föreligger separat vetenskapligt underlag<sup>16</sup> för att denna vårdform ger likvärdiga resultat, även för gruppen sköra äldre, som ineliggande vård, inte minst från föregångslandet Storbritannien. En utökning av geriatriska vårdplatser skulle alltså kunna bestå av en kombination av platser på en akutgeriatrisk vårdavdelning, geriatriska vårdplatser på annan klinik, och i patienternas hem. Flera studier visar också att teambaserade primärvårdsmodeller, där flera professioner ingår, kan förebygga inskrivning och återinskrivning vid sjukhus genom en förbättrad kontinuitet och samordning av insatser och ett mer förebyggande arbetssätt.

För strikt geriatriska mobila team är evidensen däremot både sparsam (svensk forskning pågår) och något tvetydig (huruvida den vårdformen är bättre eller bara lika bra som sjukhusvård)<sup>17</sup>.

Dagens hälso- och sjukvård karakteriseras av en hög specialiseringsgrad, inte minst på universitetssjukhus, och är till stor del organiserad utifrån olika diagnosområden och organsystem. Socialstyrelsen anser t ex att det är berikande att analysera kompetensförsörjningen utifrån de stora diagnosområdena som omfattar folksjukdomar samt de områden som har varit svårare att samordna, till exempel preventionsarbete, hanteringen av patienter med flera kroniska medicinska tillstånd, patienter med sällsynta sjukdomar, äldre personers sammansatta behov av

---

<sup>12</sup> Bachmann S., Finger C., Huss A., Egger M., Stuck AE., Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ, 2010; 340:c1718

<sup>13</sup> Ellis G, Whitehead M, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). The Cochrane Library. 2011(7).

<sup>14</sup> Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(9).

<sup>15</sup> SBU-rapport, Oredsson S, Anttila S, Dahlin-Ivanoff S, Davidsson T, Ehrenberg A, et al. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus - med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2013.

<sup>16</sup> [Hospital at home is a good option for many older people \(nihr.ac.uk\)](https://www.nihr.ac.uk)

<sup>17</sup> Nousios P, Snellman A, Ahlén R. Klinisk och hälsoekonomisk effekt av mobila team för geriatriska patienter i hemmet – en systematisk översikt. <https://www.regionorebrolan.se/camto>. 2021.

vård och omsorg, psykiatriska tillstånd, tandvård samt behandling av allvarliga sjukdomar med potentiellt snabb negativ progression<sup>18</sup>.

Arbets sättet på en geriatrik avdelning präglas av teamarbete och ett systematiskt proaktivt arbete för att förebygga nya inläggningar, och minska hjälpbehovet efter slutenvårdstiden. I det personcentrerade arbetet läggs stor fokus på medicinenomgångar, nutritionsbedömningar och diskussioner kring vård i livets slutskede. Detta leder till en mer djupgående helhetsbedömning än vad som kan göras på t ex en akut internmedicinsk eller neurologisk vårdavdelning. Detta arbetssätt är kostnadseffektivt och resursbesparande men det kräver att teamets kompetenser finns representerade. Målgruppen är de allra sköraste patienterna på SUS, de med störst omvårdnadsbehov och störst behov av kommunal eftervård.

## 4 Problemformulering

SUS har i dagsläget alldeles för få vårdplatser för att möta behovet från akuten för rent akutgeriatriska patienter. Övriga avdelningar saknar geriatrika team för vården av de patienter som behöver både geriatrik vård och vård för sitt organspecifika akuta sjukdomstillstånd.

Personcentrering och individanpassning till patientens livssituation utanför vård situationen är bärande principer för en god vård av sköra äldre, och också det som leder till effekthemtagning (internt och externt) i form av t ex minskad återinläggning och lägre behov av kommunala insatser. Det framkommer i arbetet med denna utredning en önskan om ökad förståelse i ledningsstrukturer och övrig verksamhet på SUS för hur kärnvårderna i geriatrik vård kan bidra till just detta.

Utvecklingskraften för området geriatrik och målgruppen sköra äldre inom VE och VO, är för närvarande låg och till synes sjunkande. De rent akutgeriatriska vårdplatserna blir färre, stöps om till vårdplatser som inte är geriatrika, utan antingen något helt annat (eftervård) eller delvis annat (ortogeratrik). Nyckelkompetenser väljer sig ifrån området och återrekrytering är svår.

Intervjuer och dialoger pekar mot att de gängse styrsignalerna och uppföljningsparametrarna upplevs som irrelevanta och för medarbetarna i den geriatrik verksamheten, och i vissa delar till och med provocerande. Att t ex optimera arbetet i VE geriatrik på kortare vårdtider och med överbeläggningar, motverkar hela målet med, och de väntade effekterna av, den geriatrika vården.

Den samlade bilden av samverkan med andra verksamheter på SUS, med primärvård och med kommunal sjukvård och omsorg, men även med sjukhusets mobila team, är att den är eftersatt. Organisations- och ledningsstruktur är inte optimerad för att utveckla ett breddarbete kring en patientgrupp på sjukhuset,

---

<sup>18</sup> Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård (socialstyrelsen.se)

utifrån en liten VE. Inte heller upplevs här finnas relevanta styrsignaler eller incitament, och därmed förutsättningar, för att samverka över alla de viktiga gränssnitten.

Vi vet att vi har stora antal inom målgruppen inneliggande i olika VO varje dygn, och att många av dessa därför inte får den strukturerade geriatriska vård som hade gagnat gruppen. Verksamheten som den är organiserad idag adresserar en alldeles för liten andel av målgruppen vilket riskerar leda till en fragmentering av vården av de sköra äldre, och till kvalitetsbrister. Den geriatriska organisationen styr endast i begränsad omfattning över vilken andel man får möjlighet att hjälpa eftersom målgruppen fördelas från vårdplatskoordinatör på akuten. VE geriatrik har idag inga underlag för att kunna ta ett samlat ansvar för alla dessa patienters vård, i enlighet med patienternas behov.

Det upplevs oklart vem i beslutsstrukturen som kan utfärda löfte till alla sköra äldre som behöver SUS slutna vård, om att de kommer att få korrekt geriatrisk vård, och vem som har mandat att vara arkitekt för lösningen på detta. Det upplevs i dagsläget inte ligga inom räckhåll för sektions- och områdeschef för VE geriatrik.

## **5 Förslag till organisering för God och nära vård av de patienter som har behov av geriatrisk kompetens**

### **5.1 Förslag på hur den geriatriska kompetensen skall kunna erbjudas till de geriatriska patienter som behöver det, oavsett var de vårdas**

Den geriatriska och/eller sköra äldre patienten är en vanlig patient på våra avdelningar på hela sjukhuset redan idag. Med den prognostiserade befolkningsutvecklingen kommer den att bli ännu vanligare, redan inom några få år. Det är rimligt att anta att både den allmänt akutgeriatriska patienten, och patienter med organspecifika vårdbehov hörande till gruppen sköra äldre kommer att öka i antal. Vi kommer således att ha en substantiell grupp sköra äldre som behöver ett geratrisk omhändertagande både på akutgeriatrisk avdelning och på flera andra kliniker. Den geriatriska kompetensen behövs under hela vårdförloppet oavsett vad den sköra äldre patienten primärt vårdas för, för att inte addera icke värdeskapande vårdtid. Mest värde, och minst risk för skada, uppstår när vi genom samverkan kan lösa patientens vårdbehov utan inläggning på sjukhus, särskilt via akutmottagningen.

Detta grundar för utredarens uppfattning att geriatrisk kompetens behöver ha en gedigen fast bas med egna akutgeriatriska vårdplatser. Detta blir navet för en större geriatrisk verksamhet även i andra delar av sjukhuset. Den utvidgade verksamheten kan ha formen av vårdplatser på andra verksamhetsområdets avdelningar, och i

form av vård i hemmet (mobila team). Samverkan med andra delar i vårdssystemet behöver utvecklas på bred front, i linje med Framtidens hälsosystem och omställningen till Nära Vård. Den geriatriska verksamheten skulle på ett mycket naturligt sätt kunna vara upplagd så att den kan verka som ett naturligt nav för SUS' övergripande mål **Rätt vård i rätt tid**.

Första ledet i patientens process bör vara att när ordinarie läkare i primärvården inte kan avgöra ifall ineliggande specialiserad vård skulle kunna tillföra vårdkvalitet, så görs en geriatrisk bedömning på plats i hemmet (geriatrisk kompetens i mobilt team). Om den faller ut till förmån för ineliggande vård bör direktinläggning ske till akutgeriatrisk vårdavdelning. I Malmö t ex skulle detta kunna ske i samverkan med befintligt team för Mobila punktinsatser.

Sköra äldre med organspecifik primärproblematik som kräver ineliggande vård bör vårdas på relevant specialiserad vårdavdelning, där det även bör finnas geriatriska vårdplatser i samverkan med organspecialiteten (jmf ortogeriatrisk avdelning) på de VE som har sköra äldre patienter i "tillräcklig" omfattning. Den geriatriska kompetensen på dessa platser kan också fungera som lätt tillgänglig konsultativ kompetens för resten av den kliniken vid behov. När det under vårdtiden sker en förflyttning på behovsskalan från organspecifikt vårdbehov mot geriatriskt vårdbehov skiftar lämpligen PAL-skapet, men patienten vårdas kvar på samma avdelning under hela vårdtiden.

## 5.2 Förslag på hur geriatrik, allmänmedicin, internmedicin och ortopedi kan samverka runt gruppen sköra äldre

Geriatrik är en internmedicinsk generalist-specialitet. Målgruppen med behov av denna kompetens finns som en substantiell andel av patienterna på stora delar av sjukhuset, liksom på akutmottagningen. Lejonparten av sin vård får dock dessa patienter på primärvårdsnivån, med både region och kommun som huvudman. I den mån patienten behöver specialiserad vård, men inte löpande dygnet runt, lämpar sig individerna ofta för specialiserad vård i hemmet, där det finns god evidens för vård enligt modellen Hospital at home och likande vårdformer. PAL-ansvar för patienten tas över från primärvårdsläkaren av geriatriker under perioden med specialiserad vård, och återlämnas efter utskrivning. Patientens fasta vårdkontakter (fast läkarkontakt, vårdkontakt och omsorgskontakt) finns i regel i primärvårdsverksamheten, och är de vårdgivare som har bäst förutsättningar att bedöma vad som blir bäst för patienten på helheten, tillsammans med patient och anhöriga. Planering för patientens tillvaro som en helhet görs med fördel i hemmiljön, med specialiserad vård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg i samverkan.

## 5.3 Förslag på hur den geriatriska vården kan organiseras

Geriatriken behöver nå betydligt fler patienter i målgruppen, och målgruppen förväntas växa. Idag finns bara möjlighet att utvärdera den geriatriska vården för den lilla andel som kommer att vårdas på en geriatrisk vårdavdelning. Den geriatriska vården behöver en organisering som ger möjlighet, utvecklingskraft och mandat att ta ansvar för hela målgruppen, oavsett om patienterna fysiskt vårdas inom annat VO, i hemmet, eller på akutgeriatrisk avdelning. Den rent

akutgeriatriska verksamheten behöver utgöra bas för VE Geriatrik, med samordning av uppdrag inom utbildning och klinisk forskning. Uppdraget för VE behöver utökas och förtydligas avseende samverkan med andra aktörer, internt och externt, samt omfatta drift av vårdplatser i samverkan med andra kliniker och i hemmet (gärna inom ramen för befintliga mobila team, och även digitala lösningar).

Den organisatoriska placeringen är sannolikt sekundär till de förändringar som föreslås, men bör för att bli effektiv, underlätta samverkan i alla ovan beskrivna riktningar. Det kan vara konstruktivt att tänka att det ska vara lika lätt eller svårt att samarbeta i alla gränssnitt internt och externt, snarare än att det ska vara väldigt lätt att samarbeta i ett huvudsakligt gränssnitt, när organisatorisk placering beslutas.

Styrsignaler för den geriatrika vården behöver tydligt understödja önskad utveckling för att passa innehållet och syftet med vården. Den geriatrika vården med ändamålsenligt "långa" vårdtider behöver konstrueras och följas så att den uppföljningsmässigt "lyfter" sitt VO oavsett organisatorisk tillhörighet.

Styrsignaler för detta bör finnas inom ramen för undvikbar slutenvård, minskade återinläggningar och patient- och medarbetarnöjdhet.

Allra tydligast skulle detta sannolikt bli om den geriatrika vården organiserades i huvudsak som en process som komplement till ett VE, med en processansvarig med definierat uppdrag och mandat i hela SUS' organisation. En tydligt uttalad uppfattning från sjukhusledningen, att den geriatrika verksamheten är en helt oundgänglig motor för att uppnå SUS övergripande mål, målen med Framtidens hälsosystem och omställningen till en medicinskt, ekonomiskt och individuellt träffsäker vård nu och i en nära framtid, är sannolikt essentiellt för framgången av denna förändring.

## 5.4 Förslag på hur detta kan göras i praktiken

Mest lättillgängligt torde det vara att organisera detta inom en redan befintlig struktur på SUS. Slutavstämningar av rapportens innehåll har då tydligast identifierat Processägargrupp (PÄG) Akut/elektiv vård som denna möjliga struktur. PÄG kunde ge uppdrag till en patientprocessledare för en definierad process Sköra Äldre. Dessutom kan delprojekt 4 i akutflödesprocessen inkorporeras i process Sköra Äldre. Förvaltningsledningsgruppen behöver ta gemensamt ansvar för en gedigen geriatrisk vård av alla sköra äldre patienter, oavsett vilket grundtillstånd de vårdas för. Här behöver styrsignaler och incitament tas fram för att stimulera känslan av man gör rätt när man ger en sköra äldre sin berättigade geriatriska vård. VE geriatrik skulle sannolikt bli mer välfungerande med mer positiv uppmärksamhet och nyfikenhet från ledningsstrukturerna, men det är till sist patienterna i målgruppen som förtjänar den respekt, kvalitet och hänsynstagande till deras livsförutsättningar som geriatrisk vård innebär. Det är utredarens uppfattning att vi sparar hälsosamma levnadsår och insparade slutenvårdstillfällen med medicinskt, ekonomiskt och individuellt träffsäker vård av sköra äldre patienter med behov av SUS insatser.