

Det Medicinska programarbetet
i Landstinget i Jönköpings län

En granskning utförd på uppdrag av
de förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Jönköpings län

Anna Roland
2009-03-31

Sammanfattning

De förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Jönköpings län har granskat hur landstingets medicinska programgrupper arbetar och vilka resultat som uppnås. Granskningen har genomförts i två steg, först en enkätkartläggning till samtliga 14 MPG och därefter en granskning genom intervjuer och dokument av ett urval av fyra MPG och sex länsgrupper. En översiktlig bild av Faktaprojektet och dess roll för programarbetet ingår i granskningen.

De medicinska programgruppernas huvuduppgift är att säkerställa att gemensamma vårdprogram finns och tillämpas i syfte att alla medborgare har samma förutsättningar till alla behandlingsformer och att landstingets sjukvårdsresurser används på bästa sätt.

Granskningen visar att det medicinska programarbetet bedrivs systematiskt och att det finns gott om lokala vårdprogram. Huvuduppgiften att säkerställa landstingsgemensamma vårdprogram och deras tillämpning har hittills uppfyllts i begränsad omfattning, inte minst när det gäller uppgiften att säkra att landstingets resurser för sjukvård används på bästa sätt. Skillnaderna är stora mellan de MPG som varit mer framgångsrika och de som varit mindre så. Generellt råder gott samarbetsklimat i de länsövergripande grupperna. Det finns dock exempel på motsatsen och intrycket är att det behövs tydligare styrning och framför allt stöd till MPG-systemet, om det verkligen ska förmå bidra till utjämning av skillnader i länet och optimalt tillvaratagande av resurser. Planeringsdirektörens planer på en tydligare styrning av MPG-arbetets agenda är ett litet steg i rätt riktning. Andra viktiga förutsättningar är förvaltningsledningarnas engagemang för och lojalitet till MPG-arbetets länsgemensamma mål och sjukhusens förmåga att med profilerad verksamhet rekrytera specialister.

Granskningen visar att gränserna mellan de tre sjukvårdsområdenas förvaltningar utgör hinder för vårdprogramarbetet och att det bidrar till att utvecklingen mot en länsgemensam vård bromsas. Ett annat hinder består i oenighet i vårdprogramfrågor mellan företrädare inom en specialitet och från olika sjukvårdsområden. Konsekvensen är risk för suboptimeringar och effektivitetsförluster. Granskningen visar att landstingsledningens sätt att hantera och överkomma dessa problem behöver utformas mer kraftfullt.

Den politiska kontrollen över det medicinska programarbetet har försvagats efter förändring av direktiv 2006 och det är oklart hur verkställande ansvar nu förvaltas, särskilt när det gäller de ovan nämnda svårigheterna att hålla tempo och komma framåt i utvecklingen mot en länsgemensam vård.

Granskningen visar att Faktaprojektet har potential att bidra till ökat tempo i vårdprogramsamverkan men samtidigt riskerar bidra till inbromsning i vårdprogramsamverkan som enbart gäller specialistvården. Detta då flera MPG-ansvariga uttrycker missförståndet att de nu kan avvakta med sitt vårdprogramarbete eftersom Faktaprojektet har övertagit ansvaret, vilket ännu inte är fallet.

Rekommendationer:

- ❖ Det behövs starkare stöd till de medicinska programgrupperna från landstingsledningens sida när det gäller att överkomma de hinder som utgörs av gränser mellan förvaltningar eller oenighet mellan de olika sjukvårdsområdenas specialister.
- ❖ Den politiska styrningen behöver förstärkas med en tidplan för programarbetet och en plan för hur målet om tre akutsjukhus ska förenas med målen om länsgemensamma vårdprogram och att sjukvårdsresurserna används på bästa sätt.
- ❖ Tydlig profilering av sjukhusens uppdrag bör övervägas, med utgångspunkt i att alla tre sjukhusen ska bedriva verksamhet som också gagnar rekrytering av specialister.
- ❖ Faktaprojektets avgränsning behöver förtydligas så att medicinskt programarbete för specialistvården inte stannar upp pga. missförstånd att det i detta skede ska hanteras inom projektet.

Innehållsförteckning

<u>SAMMANFATTNING</u>	1
<u>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</u>	2
<u>1 INLEDNING</u>	3
1.1 BAKGRUND	3
1.2 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR, AVGRÄNSNING	3
1.3 GRANSKNINGSANSVARIG	3
1.4 METOD	3
1.5 RAPPORTENS DISPOSITION	4
<u>2 UTGÅNGSPUNKTER (REVISIONSKRITERIER)</u>	4
<u>3 PROGRAMARBETET I MPG, LG OCH FAKTA (IAKTTAGELSER)</u>	5
3.1 OM MPG, UPPDRAGET OCH VÅRDPROGRAM	5
3.2 PROGRAMGRUPP BARN	7
3.3 MPG KIRURGI	9
3.4 MPG MEDICIN	12
3.5 MPG PRIMÄRVÅRD	15
3.6 FAKTAPROJEKTET	16
3.7 LANDSTINGSLEDNINGENS ROLL I PROGRAMARBETET	18
<u>4 ENKÄTEN – EN ÖVERSIKT</u>	20
<u>5 ANALYS OCH SLUTSATSER</u>	21
5.1 SPECIFIKA REVISIONSFRÅGOR OCH GRANSKNINGSRESULTAT/ FRÅGA	21
5.2 STYRKA OCH MÖJLIGHETER	22
5.3 HINDER OCH SVÅRIGHETER	23
5.4 RESULTAT, VÅRDPROGRAM OCH FAKTAPROJEKTET	25
5.5 OM POLITISK INSYN OCH KONTROLL	25
5.6 SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	26
<u>BILAGA 1: SPECIFIKA REVISIONSFRÅGOR</u>	27
<u>BILAGA 2: GRANSKNINGSUNDERLAG</u>	28
<u>BILAGA 3: LANDSTINGSGEMENSAMMA VÅRDPROGRAM (MARS -09)</u>	29
<u>BILAGA 4: FAKTAPROJEKTETS 23 ÄMNESOMRÅDEN/ FAKTAGRUPPER</u>	30

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Landstinget i Jönköpings län har haft en funktionell samverkan inom olika specialitetsområden sedan 1978. Landstingsfullmäktige fastslog 1996 benämningen *programgrupper* och reviderade uppdragsbeskrivningen. 1997 gavs tilläggsdirektiv genom beslut i planeringsdelegationen. 2006 skedde en omorganisation så att de medicinska programgrupperna (MPG) nu är underställda sjukvårdens ledningsgrupp, i första hand företrädd av planeringsdirektören. I samband härmed formulerades nya direktiv av sjukvårdens ledningsgrupp.

Huvuduppgiften är att säkerställa att gemensamma vårdprogram/ riktlinjer/ medicinska PM finns och tillämpas. Vårdprogrammen skall innehålla relevanta mål och mätetal som möjliggör uppföljning och jämförande analyser. MPG skall verka för ett effektivt utnyttjande av personalresurser och vårdplatser ur ett länsperspektiv. Landstingets budget och flerårsplan utgör styrdokument och målbeskrivning för deras arbete. I uppdraget ingår att bedriva förbättringsarbete i enlighet med landstingets inriktning och ambitionsnivå.

1.2 Syfte, revisionsfrågor, avgränsning

Granskningen syftar till att:

- kartlägga i vilken utsträckning de medicinska programgrupperna uppnår uppsatta mål
- kartlägga hur deras uppdrag följs upp och utvecklas samt
- ge en bild av arbetets omfattning.

Granskningen syftar även till att översiktligt belysa det pågående Faktaprojektets betydelse för programarbetet.

11 frågor specificerar de övergripande revisionsfrågorna ovan och redovisas i bilaga 1.

Granskningen är avgränsad till programgrupperna Barn, Kirurgi, Medicin och Primärvård samt Länsgrupperna för bröst- och plastikkirurgi, kirurgisk nedre gastroenterologi, kärlkirurgi, medicinsk gastroenterologi, kardiologi och njurmedicin. En inledande förstudie med enkät omfattar samtliga MPG.

1.3 Granskningsansvarig

Granskningen har genomförts av Anna Roland vid konsultföretaget Anna M Roland Konsult, som också ansvarar för rapport, analys och slutsatser. Specifika frågeställningar, urval av intervjupersoner samt genomgång och slutlig utformning av analys, slutsatser och rekommendationer har skett i samarbete med landstingets revisionschef.

1.4 Metod

Granskningen har genomförts i två steg. I första steget gjordes en kartläggning i form av skriftliga frågor till alla MPG-ordföranden och -sekreterare. Den efterföljande granskningen har skett som en dokument- och intervjustudie. Underlaget redovisas i bilaga 2.

Intervjuade företrädare har granskat rapporten i utkast för kontroll av fakta, som i förekommande fall korrigerats.

1.5 Rapportens disposition

Kapitel 2 beskriver utgångspunkter för granskningen. I kapitel 3 redovisas granskningens iakttagelser i 7 avsnitt. Enkäten sammanfattas översiktligt i kapitel 4 och i sin helhet i bilaga. Rapporten avslutas med analys, slutsatser och rekommendationer i kapitel 5.

Fem bilagor tillhör rapporten. *Bilaga 1* redovisar specifika revisionsfrågor, *bilaga 2* underlag i intervjuer och dokument, *bilaga 3* befintliga landstingsgemensamma vårdprogram, *bilaga 4* Faktaprojektets 23 ämnesområden och *bilaga 5* Enkäten, frågor och resultat.

2 Utgångspunkter (Revisionskriterier)

Landstingsplanens övergripande direktiv till de medicinska programgrupperna kan sammanfattas i följande punkter¹:

- 2008 ska de medicinska programgrupperna utgöra en viktig del i arbetet att följa upp de kliniska resultaten med utgångspunkt i Öppna Jämförelser
- MPG ska fastställa de landstingsövergripande vårdriktlinjer som tas fram i Faktaprojektets arbetsgrupper
- MPG ska utveckla de kliniska resultaten genom att ta tillvara medarbetarnas kompetens i ett välfungerande system
- "Mål, mått och mätetal ska finnas för strategiska områden så att man kan följa att hela organisationen är med och att alla medborgare har samma förutsättningar till alla behandlingsformer. Handlingsplaner inom detta område är framför allt de medicinska vårdprogrammen, behandlingsrutiner och PM. En systematisk genomgång av dessa är nödvändig och ska genomföras under 2008."

Begreppet Vårdprogram

Tolkningen av begreppet vårdprogram inom Landstinget i Jönköpings län kan hämtas ur följande formulering²:

"Vårdprogrammen ska styra vården så att sjukvårdsresurserna används på bästa sätt. Programmen kan ses som en överenskommelse mellan patient och vårdgivare om bästa möjliga vård, omvårdnad och service. Vårdprogrammen talar om vilken vård Landstinget erbjuder för en viss sjukdom och tar hänsyn till vad forskningen säger och Landstingets ekonomiska möjligheter. Vårdprogrammen gäller för hela Landstinget i Jönköpings län och uppdateras kontinuerligt. Landstingets planeringsdirektör är ansvarig för vårdprogrammen."

Som jämförelse till Landstingets definition återges här även ett par andra:

"Kliniska riktlinjer utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Vårdprogram är utvecklat ur kliniska riktlinjer och avser ofta ett visst hälsoproblem eller en avgränsad grupp med ett visst hälsoproblem och beskriver hur hälsoproblem ska handläggas. Vårdprogram kan vara lokala dvs. på landstingsnivå, regionala eller nationella." (Östergötland)³

"Riktlinjer för hälso- och sjukvård för en viss grupp av patienter. Exempel på en patientgrupp som omfattas av vårdprogram är diabetespatienter. Vårdprogram kan vara lokala, regionala och nationella." (SKL)⁴

¹ MPG nämns i fyra avsnitt i landstingsplanen i kapitlen *Planeringsförutsättningar* resp. *Strategiska mål och handlingsplaner*

² [Hwww.lj.se](http://www.lj.se)H: Vårdprogram för Landstinget i Jönköpings län

³ [Hwww.ljo.se](http://www.ljo.se)H: Termkatalog

⁴ Nationella termer med definitioner och regelverk, SKL 1998

3 Programarbetet i MPG, LG och Fakta (iakttagelser)

Kapitel 3 innehåller redovisning av granskningens iakttagelser i 7 avsnitt: **3.1** Allmänt om MPG, uppdraget och vårdprogram, **3.2** Programgrupp Barn, **3.3** MPG Kirurgi och tre länsgrupper inom kirurgispecialiteten, **3.4** MPG Medicin och tre länsgrupper inom medicinspecialiteten, **3.5** MPG Primärvård, **3.6** Faktaprojektet och **3.7** Landsningsledningens roll i MPG-arbetet.

3.1 Om MPG, uppdraget och vårdprogram

Funktionell samverkan inom specialitetsområden har förekommit i landstinget sedan slutet av 1970-talet och har utvecklats i omfattning och inriktning. 1996 gjordes en översyn av det pågående samarbetets organisation och uppdrag genom formulering av *Uppdrag för länets medicinska programgrupper*, som då också fick sin beteckning MPG. Här betonas i tur och ordning verksamhetsförändringar, utveckling av samverkan, fördelning av uppgifter, vårdprogram, kvalitet och patientperspektiv samt kostnadsaspekten.

2006 revideras uppdraget åter i: *Direktiv för medicinska programgrupper*. Dessa betonar patientperspektiv, förbättringsarbete, gemensamma vårdprogram, kvalitetsuppföljning och ansvarsfördelning i den ordningen. Hälso- och sjukvårdsledningens ambition att grupperna skall vara multiprofessionellt sammansatta avspeglas i en instruktion om detta som hittills fått genomslag hos en del av de medicinska programgrupperna. Ledningen har också säkrat insyn i och samband med MPG genom att gruppernas sekreterare tillhör HoS-avdelningen.

Uppställningen nedan redovisar 1996 års uppdrag och 2006 års direktiv i detalj.

Uppdrag 1996	Direktiv 2006
<ul style="list-style-type: none"> • Bereda förslag till verksamhetsförändringar enligt de direktiv och ramar planeringsdelegationen fastställer • Initiera och enligt uppdrag bereda förslag till utvecklad samverkan inom sjukvården och med "vårdgrannar" i vårdkedjan. • Fastlägga gemensamma grunder för fördelning av uppgifter mellan högspecialiserad vård, länsgemensam verksamhet (profilområden), länssjukvård och primärvård • Utforma vårdprogram • I övrigt verka för samordning, kvalitetsutveckling, god service och vård på lika villkor för länets befolkning samt enligt uppdrag medverka i utvecklingsarbete av vikt inom programgruppens område • Inriktning på åtgärder som ger landstinget lägre total kostnad skall prioriteras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landstingets budget och flerårsplan utgör styrdokument och målbeskrivning för de medicinska programgruppernas arbete. Utfästelser om patients valfrihet och målet om vård på lika villkor utgör viktiga ledstjärnor. • I de medicinska programgruppernas uppdrag ingår att bedriva förbättringsarbete i enlighet med landstingets inriktning och ambitionsnivå. Sammansättningen gör grupperna särskilt lämpade för lärande och spridning av goda idéer och det gäller även i samarbetet med de regionala medicinska programgrupperna. • En huvuduppgift för MPG är att säkerställa att gemensamma vårdprogram/ riktlinjer/ medicinska PM finns och tillämpas. I dessa skall ansvarsfördelning på processnivå mellan olika vårdnivåer (län, region, riket) fastställas. Vårdprogrammen skall innehålla relevanta mål och mätetal • Grupperna ska verka för deltagande i relevanta nationella kvalitetsregister och även i övrigt säkerställa enhetlighet i klassificering, verksamhetsuppföljning och informationsförsörjning. • Förslag på verksamhetsförändringar som får effekt på den årliga budget-/ investeringsprocessen skall lämnas till respektive förvaltningsledning i enlighet med budgetprocessen. • De medicinska programgrupperna skall verka för ett effektivt utnyttjande av personalresurser och vårdplatser ur ett länsperspektiv. Grupperna utgör också ett lämpligt forum för samordning av rekryteringsinsatser, kompetensutveckling

Tabell 1 Styrdokument 1996 och 2006

3.1.1 Landstingsgemensamma vårdprogram

På landstingets öppna webbplats redovisas 15 vårdprogram⁵ under rubriken *Vårdprogram för Landstinget i Jönköpings län*. På denna plats ges ingen upplysning om andra vårdprogram, som kan vara funktionellt landstingsövergripande, utöver dessa femton. Listan presenteras med kommentaren att programmen gäller för hela landstinget.

Den interna webbplatsen redovisar samma 15 läns-gemensamma vårdprogram. Ytterligare 10 läns-gemensamma riktlinjedokument finns under rubriken "Behandlingsrutiner och PM" där 4 är samlade under rubriken Landstingsgemensamma och 6 under rubriken Övriga landstingsgemensamma.

Utöver det har de tre förvaltningarna var sin presentation av befintliga vårdprogram och riktlinjer. En sammanfattning redovisas i tabellen nedan. Uppställningen avser illustrera omfattningen av kliniskspecifika och sjukvårdsområdes-specifika dokument i relation till de som faktiskt benämns landstingsgemensamma.

	Landstingsgemensamma	Vårdriktlinjer per sjukvårdsområde
Landstings-gemen-samma	15 vårdprogram 10 Behandlingsrutiner och PM 4 Standardvårdplaner	
Höglandets sjukvårds-område		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14 AKO-dokument och samverkansrutiner ▪ Ca 290 Behandlingsrutiner och PM (kliniskspecifika för Akut-, Medicin-, Kvinno- och Ortopedkliniken) ▪ 3 Behandlingsrutiner och PM (sjukvårdsområdesgemensamma) ▪ 8 standardvårdplaner för omvårdnad
Jönköping sjukvårds-område		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 120 AKO-dokument och samverkansrutiner ▪ Ca 800 Behandlingsrutiner och PM (kliniskspecifika för Barn-, Hud-, Infektions-, Kirurg-, Kvinno-, Medicin, Operations- och Intensivvårds-, Ortoped-, Radiologiska och ÖNH-kliniken) ▪ 4 Behandlingsrutiner och PM (sjukvårdsområdesgemensamma) ▪ 26 standardvårdplaner för omvårdnad
Värnamo sjukvårds-område		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 51 AKO-dokument och samverkansrutiner ▪ Ca 450 Behandlingsrutiner och PM (kliniskspecifika för Akut- och operationskliniken, Geriatriska, Kirurg-, Medicin-, Kvinno-, Ortoped-, Psykiatriska, Radiologiska och ÖNH-kliniken) ▪ 2 Behandlingsrutiner och PM (sjukvårdsområdesgemensamma) ▪ 6 standardvårdplaner för omvårdnad
Sammanlagt antal	29	Drygt 1700

Tabell 2 Sammanfattning av befintliga vårdprogram/ riktlinjer på intern webbplats

Obs! Det är viktigt att förstå att många av de kliniskspecifika vårdprogrammen som ingår i tabellen ovan kan ha mer eller mindre identiskt innehåll per diagnos i jämförelse mellan olika sjukvårdsområden/ kliniker. De skulle därför kunna benämnas som funktionellt landstingsgemensamma även om de formellt inte är antagna som formellt landstingsgemensamma. Graden av överensstämmelse mellan kliniskspecifika vårdprogram omfattas inte av granskningen och kan därför inte kommenteras.

⁵ Se bilaga 3

3.1.2 Medicinska programgrupper och länsgrupper

Antalet medicinska programgrupper är nu *fyrtion* MPG (mars 2009). Inom fyra specialist-områden har *sexton* länsgrupper bildats med uppdrag inom respektive subspecialitet.

Ambulanssjukvård Anestesi- och intensivvård <ul style="list-style-type: none"> • LG Smärta • LG Utbildning/omvårdnad Barn- och ungdomsmedicin Geriatrisk Hud Kirurgi <ul style="list-style-type: none"> • LG Bröst- och plastikkirurgi • LG Endokrinkirurgi • LG Kärlkirurgi • LG Övre gastroenterologi • LG Nedre gastroenterologi • LG Urologi Kvinnosjukvård	Medicin <ul style="list-style-type: none"> • LG Endokrinologi • LG Gastroenterologi • LG Hematologi • LG Kardiologi • LG Lungmedicin • LG Neurologi • LG Njurmedicin Ortopedi Primärvård Psykiatri <ul style="list-style-type: none"> • LG barn- och ungdomspsykiatri Radiologi Ögon ÖNH
--	---

Tabell 3 Medicinska programgrupper och länsgrupper (mars 2009)

I MPG ingår verksamhetschefer samt en sekreterare och en ekonom. Flera grupper har också företrädare för andra professioner. Ordförande är en av verksamhetscheferna, utsedd av planeringsdirektören. Ordförandeskapet har ingen specifik tidsgräns. Sekreterare utses bland tjänstemän inom Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Länsgrupperna är i princip sammansatta med specialister från de tre sjukvårdsområdena med en ordförande eller sammankallande, utsedd av respektive MPG.

Regionala medicinska programgrupper är samverkansorgan inom Sydöstra sjukvårdsregionen. Uppdraget är att ta fram underlag och förslag till ändringar av vad som är att anse som regiongemensam vård och utifrån givna ekonomiska ramar fastställa vårdprogram och indikationsgränser i regionen.

Barn- och ungdomssjukvård Handkirurgi Hematologi Hjärtsjukvård Kirurgi Kvinnosjukvård Lungsjukvård Onkologi	Medicin Ortopedi Plastikkirurgi (inkl bröstrekonstruktion) Rehabilitering Urologi Yrkes- och miljömedicin Ögonsjukvård Öronsjukvård
--	--

Tabell 4 Regionala medicinska programgrupper (jan 2009)

3.2 Programgrupp Barn

Barngruppen har en annorlunda sammansättning än övriga MPG och har valt att kalla sig *Programgrupp Barn*. Alla verksamhetschefer med ansvar för verksamhet inom barns hälso- och sjukvård medverkar, dvs. Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Barnhälsovården, Barn- och ungdomshabilitering (tre enheter) samt Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Dessutom ingår också representanter för landstingets Barntandvård samt för länets tretton kommuners Social- respektive Skolförvaltningar. Ordförande är tidigare verksamhetschef vid länssjukhuset och ordförandeskapet kommer inom kort att övergå till nuvarande verksamhetschef där.

Gruppen sammanträder två gånger per halvår och mötena protokollförs. Gruppen är förutom programgrupp också styrgrupp för Barndialogen, ett forum för utveckling mellan landsting, kommuner och externa aktörer med uppdrag att samverka i samhällsansvaret för en helhetssyn på barns behov.

Vårdprogram

Programgrupp Barn står bakom fyra av de 15 vårdprogram som presenteras på den öppna webbplatsen som landstingsgemensamma. Bl a har gruppen medverkat till att verktyget Hälsokurvan⁶ utvecklats för barn och ungdom och till det politiska beslutet att det ska användas inom öppenvården med inriktning på föräldrar till 1-åriga barn. Detta finns dokumenterat i *Vårdprogram mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar*, som hör till de landstingsgemensamma vårdprogram som är antagna som sådana. Programgruppens intryck är att verktyget inte används enligt den politiska intentionen, vilket har visst stöd i måluppföljningen. Den visar att drygt en femtedel av vårdcentralerna inte använder Hälsokurvan i samtal med föräldrar till ettåringar⁷.

Vårdprogram under utveckling avser koncentrationssvårigheter, behandlingsriktlinjer vid fetma (som kompletterar tidigare riktlinjer för prevention i befintligt vårdprogram), ätstörning respektive depression.

Styrning och uppföljning

Programgruppens arbete planeras inom gruppen med målbeskrivningar för Barndialogen inklusive prioriteringar i programarbetet. Uppföljning hos planeringsdirektören har skett årligen med presentation av resultat och problem. Det har då upplevts vara för ont om tid för att fördjupa frågeställningar i dialogen. Ett problem som behöver större uppmärksamhet är otydlighet i vem som har helhetsansvaret för de länsövergripande barnverksamheternas utveckling när tydlig koppling saknas till landstingets/ förvaltningarnas budget.

En konsekvens av denna otydlighet är att frågor "hamnar mellan stolar". Det beskrivs av programgruppsansvarig så att länsövergripande barnverksamhet inte samordnas tillräckligt väl av förvaltningsledningarna. Följden är att ett förslag från PG Barn kan hamna i skuggan av andra specialiteters. Det finns en obalans i röststyrka, då barnspecialiteternas vårdområden, till skillnad från många andra specialiteter, saknar representation i någon av linjeorganisationens ledningsgrupper, enligt uppgift i intervju.

Samverkan

Inomläns samverkan med andra MPG sker framför allt med MPG Primärvård och MPG Kvinnosjukvård. Den regionala samverkan är välutvecklad i RMPG Barnsjukvård och har aktiviteter med gemensamma behandlingsriktlinjer, fortbildning och arbetsgrupper för hantering av specifika frågor. Viktigaste samverkansområden är neonatalvård, allmän barnmedicin och forskningsfrågor.

Förbättringsområden för samverkan är en utökning av relationerna med primärvården samt med de kirurgiska specialiteter som i sin verksamhet också har barn bland patienterna. Enligt uppgift är det sällan förekommande att frågor lyfts från dessa specialiteter till Barngruppen om riktlinjer för vård och behandling. Ett utvecklingsområde för den regionala samverkan är kvalitetsregister för uppföljning av vården av kroniskt sjuka barn.

⁶ Hälsokurvan är ett pedagogiskt verktyg, framtaget vid Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping och Habo. Den utgör ett hjälpmedel vid hälsosamtal om livsstil och hälsa.

⁷ I Landstingets årsredovisning för 2008 anges: "Under 2008 erbjöds föräldrar till ettåringar samtal utifrån hälsokurvan på 77 procent av länets barnvårdscentraler".

Resultat

De områden där gruppen anser sig ha nått mest tydlig medicinsk framgång är inom vården av astma respektive av övervikt. Den nära samverkan mellan alla aktörer i gruppen uppfattas också vara en viktig faktor för den kostnadsbild som barnsjukvården i landstinget har vid jämförelse med andra barnkliniker inom ramen för Nysam, som visar att vården är ”mycket kostnadseffektiv”.

Synpunkter på MPG-systemets styrkor och svagheter

De viktigaste *fördelarna* med arbetssättet är att vårdprocesser och andra processer som rör barn och delvis involverar hälso- och sjukvård kan utformas smidigare genom de nära kontakterna mellan olika aktörer. Man uppfattar sig ha nått framgång i att nå gemensamma synsätt och värderingar samt också en viktig samsyn om resultatuppföljningar. Ett exempel är att samordnare nu finns för två prioriterade vårdområden (koncentrationssvårigheter resp. övervikt/fetma). De största *svårigheterna* finns i samordningen mellan förvaltningarna och de risker för att ärenden ”faller mellan stolar”, som nämndes ovan.

3.3 MPG Kirurgi

Den medicinska programgruppen inom kirurgi består av de tre verksamhetscheferna, varav ordförande på länsjukhuset. Möten sker 4-6 gånger per år och protokollförs.

Vårdprogram

Vårdprogramarbete sker inte inom MPG Kirurgi och länsgruppernas programarbete förefaller ha varierande aktivitetsgrad. Ett aktuellt utvecklingsområde är *urologin* där aktivitetsnivån i samverkan är hög, bl. a genom att en landstingsgemensam urologisektion bildades 2007 under ledning av en sektionschef (specialist vid länsjukhuset). *Kärlkirurgin* är ett område där man gjort försök att strukturera verksamheten genom uppdelning av olika vårdområden, men enighet har inte uppnåtts ännu.

Lokala vårdprogram som täcker varierande delar av verksamheten finns inom Jönköpings och Värnamo sjukvårdsområden. Inget av de 15 formellt landstingsgemensamma vårdprogrammen emanerar från MPG Kirurgi.

Styrning och uppföljning

Uppdraget avseende läns-gemensamma aktiviteter har bedömts ha små utsikter till framgång och därför är MPG Kirurgi för tillfället inte ålagd detta uppdrag. Anledningen är svårigheter att uppnå samsyn mellan de tre klinikerna och möjligen även mellan förvaltningarna i frågor om hur landstingets kirurgiverksamhet ska struktureras och utvecklas. Svårigheterna har inte kartlagts i detalj. Intrycket är att de ligger i skilda uppfattningar om vilken ambitionsnivå som skall styra den enskilda kliniken när det gäller vårdutbud och vilka operationer som ska göras var. En specifik svårighet tycks vara gränsdragning mellan läns- och länsdelsverksamhet och i vissa fall på vilket sjukhus *en definierad länsverksamhet* i så fall skall förekomma. Gott samarbete inom kirurgin förekommer dock också inom både MPG och länsgrupperna i andra, mindre kontroversiella frågor.

Samverkan

Systematisk samverkan på regional nivå är huvudsakligen välfungerande och rör utbildningsfrågor och strukturfrågor, hur den framtida kirurgiska verksamheten i regionen ska utvecklas. Samverkan med andra MPG inom länet förekommer hittills inte och ett prioriterat utvecklingsområde är samverkan med MPG Anestesi.

Resultat

Kliniska resultat till följd av MPG-arbetet är svårvärderade. Förhoppningar finns att den länsgemensamma organiseringen av urologin ska medföra bättre kvalitet i bedömning och behandling av t ex godartad prostataförstoring och prostatacancer. Ett problem i denna samverkan är att det hittills varit svårt att hitta ett transparent och rättvist sätt att räkna pengar och produktion, då förvaltningarna har olika metoder för registrering/redovisning.

Synpunkter på MPG-systemets styrkor och svagheter

Som främsta fördel med MPG-systemet framhålls dess betydelse som forum för regelbundna samtal mellan verksamhetscheferna om struktur, utveckling, utbildning, rekrytering m.m. Däremot har MPG-systemet hittills inte bidragit till att överbrygga gränser mellan förvaltningarna när det gäller samordning av verksamheten.

Samarbetsproblem som har uppstått tidigare upplevs ha konserverats genom organisationens tre kliniker i separata förvaltningar. Ett exempel är de svårigheter som synliggjorts genom urologisektionens arbete att kartlägga och analysera verksamheten och som är kopplade till förvaltningarnas olika system att redovisa verksamhetsdata. Andra exempel är nedre gastroenterologin och kärlikirurgi, vars länsgrupper beskrivs nedan.

3.3.1 LG Bröst- och plastikkirurgi

Länsgruppen för bröst- och plastikkirurgi är den formella beteckningen på den grupp som själva benämner sig *Profilgrupp plastikkirurgi* med ordförande i Värnamo. Medlemmar i gruppen är en specialist från vardera sjukhuset. Gruppen har låg mötesaktivitet inom länet men hög inom regionen, där samverkansgrupper finns för plastikkirurgi, bröstcancer och malignt melanom.

Värnamo sjukhus har profilansvar för plastikkirurgi och länsgruppens uppdrag beskrivs vara att säkra verksamheten inom landstinget i syfte att minska den utomlänns köpta vården av plastikkirurgi. Lokala vårdprogram för delar av bröst- och plastikkirurgin finns på intranätet inom Jönköpings och Värnamo sjukvårdsområden, men inga formellt landstingsgemensamma. Bröstcancervården säkras genom såväl nationella som regionala vårdprogram och delvis lokala.

Faktaprojektet uppfattas ännu inte ha påverkat länsgruppens arbete eller medfört krav på nya aktiviteter. Samverkan i *regional* programgrupp är intensiv och bedrivs via länsgruppens ordförande. *Utvecklingsområden* är verksamhet inom melanombehandlingen, som nu till del sker utomlänns samt bröstrekonstruktioner efter cancer, som nu sker helt utomlänns.

3.3.2 LG Kärlikirurgi

Länsgruppen kärlikirurgi bildades för ett tiotal år sedan och består av alla kärlikirurger inom landstinget, dvs. flera från Höglandet och Jönköping och en från Värnamo. Gruppen har målet att mötas en gång per månad, men när Höglandet har haft bemannings- och rekryteringsproblem under en tid har mötesintensiteten avtagit. Ordförande i kärllgruppen är sedan den bildades en av specialisterna på Höglandssjukhuset.

Uppdraget uppfattas vara att samordna och utveckla kärlikirurgin inom länet gemensamt. Eftersom det inte råder enighet i alla frågor om bästa sättet att göra det begränsas samverkan därför till frågor som är okontroversiella, vilket i första hand rör "vardagskirurgi" av typen åderbråcksoperationer.

Nationella vårdprogram för de viktigaste kärlikirurgiska operationerna finns genom kärlikirurgins kvalitetsregister. Detta används generellt inom landstinget liksom i landet i övrigt.

Vårdprogrammen får därmed funktion som läns gemensamma vårdprogram även om de inte är specifikt dokumenterade som sådana.

Aktuella diskussionsfrågor i länsgruppen rör den mer komplexa delen av verksamheten, t ex kirurgi på kroppspulsådern. Här pågår även diskussioner generellt i landet, bl. a inom kirurgins specialistförening, om vad som bör centraliseras och vad som inte ska göra det.

Länsgruppen har initierat ett pilotprojekt 2007 med screening för upptäckt av bråck på kroppspulsådern. Projektet engagerade alla tre klinikerna och bedömdes framgångsrikt. Det har nu fått konsekvensen att särskilda medel är avsatta (1 mkr per sjukvårdsområde 2009) till fortsatt screening av utvalda målgrupper.

Med utgångspunkt i antal personer som opereras med denna diagnos i relation till befolkningen och jämförelser med erfarenheter från omvärlden kan en bedömning göras om andelen opererade är rimligt stor. Om bedömningen är att andelen som opereras är alltför låg blir slutsatsen att det behövs aktiviteter för att fånga upp fler odiagnostiserade fall i syfte att operera flera. Om bedömningen är att det opereras tillräckligt är behovet av sådana aktiviteter lägre prioriterat. I denna fråga görs enligt uppgift olika bedömningar.

En förutsättning för att bedriva endovaskulär kirurgi på kroppspulsådern, s.k. EVAR, är tillgång till avancerad röntgenutrustning i operationssalen. Det bästa sättet att lösa detta är att använda en s.k. hybridsal, dvs. en operationssal med fullständig utrustning för radiologisk genomlysning. En sådan finns på länssjukhuset och enligt uppgift i intervju snart även på Höglandssjukhuset. Planering pågår där vid kirurgkliniken som uppfattat sig ha fått klartecken genom beslut i förvaltningsledningen. Hybridsalen på länssjukhuset har dock enligt vad som meddelats ännu inte utnyttjats fullt ut och ledig kapacitet finns. Intresse för verksamheten finns på båda sjukhusen, men hittills har det varit svårt (= omöjligt) att nå fram till en samsyn om hur verksamheten skall utvecklas och fördelas mellan klinikerna.

3.3.3 **LG Nedre gastroenterologi (kir.)**

Länsgruppen för Nedre gastroenterologi samlar specialisterna från vardera sjukhuset (5-7 läkare) med ordförande vid länssjukhuset. Gruppen träffas en gång per halvår utan särskild agenda och mötena dokumenteras inte.

Uppdraget uppfattas vara att samordna kolorektal kirurgi och diskutera riktlinjer för verksamheten. Gruppsamverkan beskrivs som positiv i god kollegial anda men utan konkreta konsekvenser för hur eller var vården utförs. Substantiellt arbete med läns gemensamt vårdprogram ingår inte i aktiviteterna. Det innebär enligt uppgift att lokala terapitraditioner huvudsakligen består och att utvecklingen till lika vård inom länet sker långsamt i små steg.

Kirurgisk nedre gastroenterologi beskrivs som en ren länsdelsspecialitet där samma typ av verksamhet sker vid alla tre sjukhusen, även när antalet patientfall inom ett diagnosområde är begränsat. Ett exempel som nämnts i intervju är ändtarmscancer, som förekommer i ett 60-tal fall per år inom länet⁸ och skulle kunna centraliseras i stället för att behandlas på alla sjukhusen. I brist på medicinskt säkerställda skillnader i resultat är det dock svårt att argumentera för en centralisering. Den begränsade omfattningen bidrar till att eventuella faktiska skillnader i medicinska resultat är svåra att påvisa statistiskt. Omoperationer av ändtarmscancer hör till de områden där landstinget uppnått sämre resultat än riket i Öppna jämförelser och det är därför ett område vars verksamhet behöver ses över.

⁸ Enligt uppgift 15-20/ år på Höglandet, 20-30/ år i Jönköping och 8-10/ år i Värnamo.

Ett argument som kan tala för centralisering till länssjukhusets kirurgklinik är den systematiska samverkan med onkologkliniken som sker där, i regelbundna onkologkonferenser som inte förekommer hos de båda andra klinikerna. Det hör därför till sådant som gruppen diskuterar men hittills inte uppnått enighet kring.

LG ordförande ingår som enda kirurgrepresentant i Faktagruppen för området. Lokala behandlingsriktlinjer finns på intranätet inom två av tre sjukhusområden men hittills inget formellt landstingsgemensamt.

3.4 MPG Medicin

Den medicinska programgruppen inom medicin består av de tre verksamhetscheferna och sjuksköterskor och vårdutvecklare från alla tre sjukvårdsområdena. Verksamhetschefen vid Värnamo sjukhus medicinklinik är ordförande och gruppen träffas 6 gånger per år med agenda och protokoll.

Vårdprogram

Inom gruppen sker inget vårdprogramarbete, utan detta är helt delegerat till de sju länsgrupperna. Företrädare för dessa bjuds in till medicinska programgruppen ca var 18:e månad för lägesrapportering etc.

Styrning och uppföljning

Huvuduppdraget uppfattas vara att enas kring hur vården inom landstinget ska samordnas för att i nästa steg föra synpunkterna vidare till planeringsdirektören. Arbetet beskrivs fungera huvudsakligen smidigt och MPG har en stor möjlighet att påverka utvecklingen, med undantag för de frågor där enighet inte nås. Frågor kring vårdplatser, DRG, medicinska resultat, likheter/ olikheter, vårdgarantin m.m. är vanligt förekommande. Mötena används också för belysning av aktuella problem i styrning/ ledning av klinikerna och ett utbyte av stöd i ledarskapet, enligt intervju ett viktigt och välfungerande moment i gruppen.

MPG:s huvuduppgift att säkerställa tillämpningen av vårdprogram förvaltas genom uppdrag till länsgrupperna. Frågor där enighet inte råder om vårdprogram kan enligt uppgift inte hanteras i den medicinska programgruppen, då varje förvaltning här har slutordet.

Uppföljning av MPG-arbetet sker dels genom att planeringsdirektören får mötesprotokollet, dels genom årliga möten mellan planeringsdirektören och MPG:s ordförande, sekreterare och ekonom.

Samverkan

Systematisk samverkan med andra medicinska programgrupper sker inte. Däremot förekommer samverkan med specialiteter som inte har någon MPG, t ex infektionskliniken och klinisk fysiologi. Samverkan med primärvården sker lokalt, per klinik/ sjukvårdsområde. Regional samverkan sker på länsgruppsnivå.

Resultat

Medicinska resultat är svåra att hänföra just till MPG-arbetet. Goda kliniska resultat i t ex hjärtinfarktvården uppfattas vara ett exempel på framgångsrikt programarbete, men inte direkt genom MPG utan genom Länsgruppernas och enskilda specialisters insatser. Ett exempel på framgångsrikt MPG-samarbete beskrivs vara strukturen på PCI-verksamheten.

Synpunkter på MPG-systemets styrkor och svagheter

Den viktigaste konsekvensen av MPG-samverkan beskrivs vara samarbetsklimatet och den förmåga att skapa samsyn i strukturella frågor som följer av det. I de flesta frågor råder

samstämmighet vilket är en förutsättning för att få genomslag när gruppen lämnar förslag till planeringsdirektören.

3.4.1 LG Kardiologi

Länsgruppen för kardiologi består av en läkare och 1-2 sjuksköterskor från varje sjukvårdsområde. Gruppen sammanträder under en halv dag två gånger om året.

Uppdraget uppfattas vara att skapa och uppdatera länsgemensamma vårdriktlinjer i syfte att de hjärtsjuka i hela länet ska få likvärdig vård och uppföljning. Detta arbete har gott stöd i flera nationella riktlinjer och beskrivs ske framgångsrikt och i god samverkan. De landstingsinterna vårdprogrammen revideras en gång om året. Lokala kliniks specifika vårdprogram finns inom alla tre sjukhusområden men hittills inget formellt landstingsgemensamt.

Samverkan med Faktaprojektet sker genom den primärvårdsläkare som är ordförande i Faktagrupp Kardiologi och här uppfattas länsgruppens uppdrag vara att bidra med att prioritera nyckeltal och uppföljningsmått som ska användas inom primärvården. Det pågående kvalitetsprojektet "Säker vård" vid Qulturum har två hjärtsjukdomsrelaterade fokusområden och stöds genom medverkan av en av specialisterna vid länssjukhuset. Projektet förmodas komma att påverka vårdprogram/ uppföljning såväl inom länsgruppens ansvarsområde som inom Faktagruppens.

Den nyinförda kopplingen mellan kvalitetsmått och resursanslag ses inte positivt inom LG Kardiologi, då det finns risk att vården styrs fel med prioritering av fel grupper på bekostnad av andra. Ett nämnt exempel är kvalitetsmättet "andel som får reperfusionsterapi efter ST-höjningsinfarkt". Målnivån är enligt LG Kardiologi generell och gäller inte i alla enskilda fall. Skillnader i population kan medföra att kvalitetsmättet inte uppnår målet utan att detta resultat är ett faktiskt uttryck för brister i kvaliteten. Det är därför enligt LG Kardiologi riskabelt med den sortens styrning.

Aktuella utvecklingsfrågor är kardiologins plats i medicinklinikerna och diskussion kring frågan om en separat kardiologjour, eventuellt i samverkan mellan sjukvårdsområden. Ett annat område som diskuteras är det länsgemensamma uppdraget inom kardiologin i relation till skillnader i sjukhusens möjligheter att tillgodose Primärvårdens behov av hjärtundersökningar, t ex ultraljud. Här kan situationer uppstå när patienter skickas mellan sjukhus flera gånger fram och tillbaka. Ett bättre tillvaratagande av resurser och samtidigt en smidigare vårdkedja för patienterna skulle kunna uppnås genom mer gränsöverskridande samarbete mellan kliniker och helst i en funktionell enhet.

LG:s samverkan regionalt sker indirekt genom att tidigare LG-ordförande sitter kvar som landstingsföreträdare i den regionala programgruppen. Den regionala samverkan är inarbetad och välfungerande.

Gemensamt vårdprogram för ST-höjningsinfarkt och primär PCI används hos alla tre kardiologisektionerna.

3.4.2 LG Gastroenterologi (med.)

Den medicinska gastroenterologin är en ung subspecialitet och länsgruppen formerades kring år 2000 med utgångspunkt i kvalitetsarbetet. Gruppen består av tre specialister, en från vardera sjukvårdsområdet, med ordförande/ sammankallande från Höglandet.

Uppdraget till länsgruppen uppfattas vara att samordna specialisternas synpunkter inom länet och bidra till den medicinska programgruppens vårdprogramarbete. Gruppens möten

förefaller ske lite sporadiskt och särskilt har det varit fallet under senaste året, sedan Fakta-projektet startade. Länsgruppen har tidigare träffats ett par gånger om året och i övrigt hållit kontakt via mail och i telefonmöten.

Kvalitetsarbetet har prioriterats och länsgruppen har därför sedan 2003 utvecklat ett läns-gemensamt kvalitetsregister för inflammatoriska tarmsjukdomar. Arbetet bedöms fram-gångsrikt med länsövergripande uppslutning kring registret, varifrån medicinska resultat systematiskt redovisas till MPG Medicin.

Specialistuppgifterna i Faktaprojektet förefaller nu prioriteras före länsgruppsarbetet. Här är arbetet mer strukturerat bl. a i en dokumenterad plan för vilka dokument som ska tas fram, ett arbete som pågår och involverar länsgruppsmedlemmarna.

Det finns behov av systematisk samverkan med kirurgins länsgrupper för gastroenterologi, som hittills inte kommit till stånd. Samverkansbehovet rör framför allt de delar i vården som sker hos båda specialiteterna, t ex skopiverksamheten.

Lokala kliniks specifika vårdprogram finns på intranätet inom alla tre sjukhusområden men hittills inget formellt landstingsgemensamt.

3.4.3 LG Njurmedicin

Länsgruppen för njurmedicin bildades omkring 2004 och var initialt samverkansorgan för specialisterna i länet. Numera ingår också sjuksköterskor från de njurmedicinska avdelning-arna. Uppdraget uppfattas så att länsgruppen skall vara den instans som processar alla ut-vecklingsfrågor inom njurmedicin och tar fram läns-gemensamma vårdprogram samt organi-serar former för samverkan i omhändertagandet av patienterna. Det kan t ex handla om former för hur sjukhusen tillfälligt övertar ansvaret för dialys av enskilda patienter, när re-surserna av någon anledning är otillräckliga.

Gruppen har möten 4-5 gånger per år i ett rullande schema så att man reser till varandra. En dokumenterad åtgärdsplan formaliserar gruppens verksamhet och mötesprotokoll och statistik levereras systematiskt till Hälso- och sjukvårdsavdelningen från gruppens ordfö-rande/ sammankallande som har tjänsteort i Värnamo.

De njurmedicinska enheterna i landstinget medverkar i samma kvalitetsregister och har en gemensam syn på kvalitetsuppföljningen. Arbetet pågår i länsgruppen med riktlinjer för hur primärvården ska göra njurfunktionsbestämningar.

Länsgruppens legitimitet och auktoritet behöver enligt uppgift i intervju förtydligas. En an-ledning till det sägs vara att det vid oenig syn i gruppen förekommer att en klinik agerar själv i relation till Hälso- och sjukvårdsavdelningen i stället för att frågan hanteras via Läns-gruppen. Ett exempel är oenig syn på frågan om hur en form av dialys i hemmet (s.k. hem-hemodialys) ska tillämpas och utvecklas inom landstinget.

Faktaprojektet har föranlett en åtgärdslista för Faktadokument och detta arbete pågår pa-rallellt och uppfattas i syfte och innehåll skilt från länsgruppsarbetet. Synen på Faktaprojek-tet är positiv med avseende på dess förmåga att bidra till bättre medicinska resultat.

På uppdrag av MPG Medicin har länsgruppen sett över kostnad per patient, vilket försvåra-des av olika beräkningssätt per sjukvårdsområde och inte gav entydiga svar.

Lokala kliniks specifika vårdprogram finns på intranätet inom alla tre sjukhusområden men hittills inget formellt landstingsgemensamt. De vårdprogram som finns per sjukvårdsområ-de inom njurmedicin är visserligen inte landstingsövergripande, men innehållet i dem har påverkats av ambitionen att skapa en läns-gemenskap i diagnostik och behandling.

3.5 MPG Primärvård

Medicinska programgruppen Primärvård består av företrädare för Primärvården inom alla sjukhusområden, Folkhälsoavdelningen och Hälso- och sjukvårdsavdelningen, där en sektionschef är ordförande i gruppen som sammanlagt består av elva personer. En skillnad mot alla övriga MPG är således att ordförande är utsedd bland tjänstemännen inom landstingets centrala förvaltning och inte verksamhetschef i ett sjukvårdsområde. Gruppen möts tre heldagar per halvår och arbetar efter agenda och med mötesprotokoll.

Styrning och uppföljning

Uppdraget uppfattas vara att utveckla en gemensam struktur för primärvården, samordna verksamhet och utjämna skillnader samt strukturera och övervaka uppföljningsätt, resultat och förbättringsarbete.

Strukturen inom primärvården är idag uppbyggd olika inom sjukvårdsområdena. I *Högländet* finns 5 primärvårdschefer, en per kommunområde, direkt underställda bitr. sjukvårdsdirektören. I *Jönköping* är verksamhetschefer för 13 vårdcentraler underställda en primärvårdschef, som i sin tur rapporterar till sjukvårdsdirektören. I *Värnamo* finns 4 primärvårdschefer, en per kommunområde, direkt underställda sjukvårdsdirektören och bitr. sjukvårdsdirektören.

Jönköpings sjukvårdsområde har således en ledningsnivå som de andra inte har. Det innebär bl. a en samlad ledningsstab för hela primärvården i området och dess verksamhetsutveckling, medan dessa funktioner i övriga sjukvårdsområden är decentraliserade till ett större antal primärvårds- och verksamhetschefer. En annan skillnad är barnhälsovård och mödrahälsovård, som är olika organiserade inom sjukvårdsområdena.

Ett viktigt mål för MPG-arbetet är därför att bidra till att skillnader i organisationens struktur inte medför oönskade konsekvenser för patienterna med skillnad i vård och omhändertagande. Ett led i det arbetet sägs vara att hämta in goda exempel och sprida dem till andra.

När det gäller uppföljning av arbetssätten inom Primärvården överläts det från MPG till Faktagruppen för primärvård. Däremot bevakas de medicinska resultaten i den utsträckning de redovisas inom primärvården.

Vårdprogram

Vårdprogramarbete har en koppling till MPG-arbetet men ingår inte som en direkt uppgift för gruppen. I tidigare organisation har AKO-samordnarna (allmänläkarkonsult) varit knutna till MPG Primärvård som ett medicinskt råd i uppgiften att godkänna de vårdprogram som tagits fram inom specialistvården och dess medicinska programgrupper. Här hamnade diskussionen ofta kring resursfrågor, när ett vårdprogram innebar verksamhetsförändringar inom Primärvården. Idag är AKO-systemet på väg att avvecklas och frågorna hanteras helt inom MPG Primärvård med hjälp av Faktagrupperna.

2007 fick MPG Primärvård landstingsdirektörens uppdrag att kartlägga "nuläget" i landstingets primärvård. Detta var ett led i arbetet med att formulera mål som ett första steg mot *Primärvårdsvisionen för 2012*. Här är vården beskriven med både behov, struktur och resultat och skillnader mellan olika områden synliggjord. Till exempel beskrivs stora skillnader mellan vårdcentralernas sätt att följa nationella riktlinjer i hjärtsviktsvården.

Aktuellt inom MPG Primärvård är bl. a medverkan i förberedelser för strukturering av landstingets vårdvalssystem med diskussioner om hur uppdragen till vårdcentraler ska formuleras liksom utformning av ersättningsystem.

Samverkan

Samverkan förekommer kring frågor inom psykiatri respektive kvinnosjukvården samt med Programgrupp Barn. Det finns behov av ytterligare samverkan med MPG Psykiatri, men uppfattningen nu tycks vara att Faktaarbetet har kommit att ta över en del av ansvaret för sådan samverkan.

Resultat

Gruppen har bidragit med länsövergripande beslut angående klädsel för hemsjukvården samt varit delaktig i beslut om hur HPV-vaccination⁹ ska ges inom landstinget. Vårdprogram inom Primärvården förmodas komma att säkras genom Faktaprojektet. Medicinska resultat följs upp via de nyckeltal som används inom primärvården och som troligen kommer att utvecklas med stöd av Faktadokumenterna.

Synpunkter på MPG-systemets styrkor och svagheter

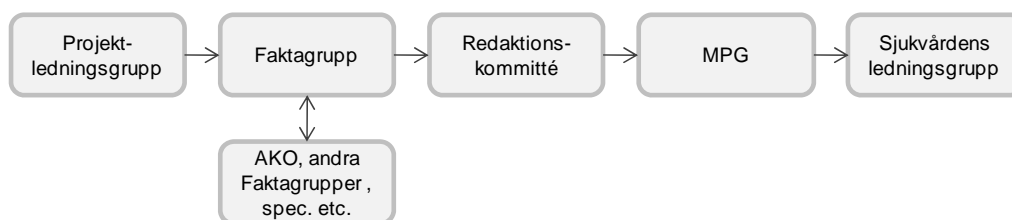
MPG-systemets styrka upplevs framför allt vara som forum för diskussion av länsgemensamma frågor och ett sätt att säkra att primärvården "är enhetlig i länet och ger en jämlik vård". Ett förbättringsområde i systemet är förtydligande av gruppens mandat att ta beslut och hantera skillnader mellan de tre förvaltningarna.

3.6 Faktaprojektet

Faktaprojektet startade hösten 2007 och syftar till att skapa en webbaserad kunskapsbas med dokument tillgängliga via intranätet. Dokumenterna ska utgöra ett "allmänt kliniskt kunskapsstöd" inom landstinget. De ska vara kortfattade och uppbyggda enligt en gemensam mall samt praktiskt inriktade. Teoribakgrunder och annat görs åtkomligt via länkar i dokumenten, t ex till Socialstyrelsens nationella riktlinjer m.m.

Dokumenterna är i detta skede inte avsedda att ersätta vårdprogrammen inom specialistvården utan har sin målgrupp i första hand inom primärvården, men blir användbara för alla. Skillnaden mellan ett Faktadokument och ett vårdprogram inom specialistvården ligger i graden av fördjupning. Riktlinjer som enbart rör specialistvården behöver/ ska inte ingå i Faktadokumentet utan dokumenteras och distribueras i vårdprogram per specialitet. Först i ett senare steg i projektet kommer vårdprogram för specialistvården att hanteras inom Faktasystemet.

Planeringsdirektören är ordförande i projektets ledningsgrupp. Det finns en projektledare (allmänläkare) och en redaktionskommitté. Projektet är strukturerat i 23 ämnesområden (se bilaga 4) och för varje område ansvarar en Faktagrupp, utsedd av projektets ledningsgrupp efter godkännande i respektive MPG.



Figur 1 Organisation för processen i Faktaprojektet

⁹ Humant papillomvirus. Vaccinationen syftar till skydd mot livmoderhalscancer och ges till unga kvinnor.

Fakta grupper

De 23 Fakta grupperna är läns gemensamma och sammansatta av slutenvårdsläkare, primärvårdsläkare, apotekare samt omvårdnads- och rehabiliteringsrepresentanter. Representation från samtliga sjukvårdsområden har inte varit ett mål och flera av grupperna är sammansatta med företrädare inom ett sjukvårdsområde. Det betyder inte att övriga inom specialiteten/ subspecialiteten ställs utanför, eftersom Fakta gruppen har ansvar för att dokumenten har förutsättningar att få en läns gemensam legitimitet.

Faktadokument

Inom vardera av de 23 områdena listas en rad diagnosområden och inom varje diagnosområde finns ofta flera undergrupper, för vilka det ska finnas faktadokument. Exempelvis inom *Fakta grupp Kardiologi* finns de 4 diagnosområdena kranskärslsjukdom, arytm, hjärtsvikt och lipider. Inom diagnosområdet hjärtsvikt finns hittills riktlinjer för 11 diagnoser. Inom *Fakta grupp Kvinnohälsa* finns de 7 områdena förebyggande kvinnohälsa, graviditet och amning, klimakteriet, urinvägar/ könsorgan, bröstsjukdomar, STD samt våld mot kvinnor med vardera en eller flera rubriker för riktlinjer.

I syfte att skapa enhetlighet och begränsa dokumentens omfattning finns författaranvisningar. En viktig utgångspunkt är att Faktadokumentet ska *harmonisera* med befintliga regionala vårdprogram och nationella riktlinjer, där sådana finns. Dokumentet ska disponeras med följande rubriker:

Disposition av Faktadokument

- Vårdnivå och remiss
- Lokala tillämpningar
- Diagnostik och utredning
- Prevention
- Behandling (inklusive läkemedel)
- Sjukskrivning
- Uppföljning
- Kvalitetsindikatorer
- Omvårdnad
- Rehabilitering

Webbteknikens möjligheter med länkning till andra kunskapskällor (nationella riktlinjer etc.) utnyttjas systematiskt och t ex finns inom avsnittet Sjukskrivning en länk till Socialstyrelsens sjukskrivningsrekommendationer för olika diagnoser.

Inom avsnittet Vårdnivå och remiss skall ansvarsfördelningen mellan olika vårdnivåer tydliggöras. Utgångspunkten är att dokumentet ska vara länsövergripande men lokala tillämpningar får beskrivas i särskilt avsnitt när sådana finns. Avsnittet Omvårdnad "berör översiktligt resurser och verksamhet inom området" och här rekommenderas länkar till mer utförliga omvårdnadsdokument.

Varje Faktadokument ska också ha beskrivning av dokumentets formella titel, dess författare och ansvarig medicinsk programgrupp samt datum för senaste uppdatering och giltighet. Vidare anges med länkar referenser för dokumentet (t ex vetenskapliga studier, konsensusutlåtanden och nationella vårdprogram) samt också länkar till relevanta sidor bland de egenvårdsråd till patienter, som presenteras på landstingets öppna webbplats.

Processen

Arbetet att ta fram Faktadokumentet går till så att uppdrag läggs ut till de enskilda Fakta grupperna, som i sin tur ansvarar för att listan över planerade dokument täcker respektive vårdområde samt för att lägga ut uppdrag till specialister att författa underlagen.

Efter att Fakta gruppen fått in underlag går dessa till redaktionskommittén för bedömning och i nästa steg till referenser som allmänläkarkonsulter, specialnätverk, andra Fakta grupper för granskning och synpunkter. Redaktionskommittén godkänner dokument som

sedan läggs till MPG, där det fastställs med avseende på medicinska aspekter och slutligen till sjukvårdens ledningsgrupp där dokumentet fastställs som länsövergripande.

Uppdatering ska ske vartannat år och IT-teknikens möjlighet till automatisk påminnelse till ansvarig för respektive Faktagrupp ska utnyttjas för att bevaka att så sker.

Nuläge

20 av 23 grupper är utsedda och har inlett arbetet. Enstaka dokument är klara i de första stegen¹⁰. Sammanlagt antal kommande dokument är inte känt, men kan bedömas röra sig om 3-400. Ett osäkert fält är kvalitetsindikatorer, då det finns risk att Faktadokumentens anvisningar i detta moment kan leda till en oönskat hög belastning för primärvården att registrera och följa nyckeltal.

Ett hinder för smidig hantering är att befintligt vårdadministrativt system inte medger en direktkoppling mellan medicinska data och uppföljningssystemen i kvalitetsregister, vilket skulle ha minskat arbetsbördan för registrering avsevärt. Det blir därför nödvändigt att överväga vilka moment som ska ingå för primärvården när det gäller nyckeltal för kvalitetsuppföljningar och säkra att omfattningen blir rimlig.

I nästa steg planeras att dokument om läkemedelshantering inom landstinget, hittills processat i ett eget spår, också ska införlivas i Faktadatabasen. Vidare planeras att utveckla dokumentdatabasen med vårdprogram för specialistvården, varav den del som berörs av regional vårdprogramsamverkan skall fastslås regionalt.

3.7 Landstingsledningens roll i programarbetet

Sjukvårdsområdeschefer, planeringsdirektör och landstingsdirektör bildar SOL-gruppen (Sjukvårdens Operativa Ledningsgrupp) där skärningspunkterna mellan det länsövergripande medicinska programarbetet å ena sidan och det sjukvårdsområdesbundna förvaltningsansvaret å andra sidan diskuteras. Via planeringsdirektören, med insyn i och ansvar för det medicinska programarbetet, kan frågor lyftas för att uppnå en länsövergripande lösning. Processer, vårdkedjor, avgränsningar mellan verksamhetsområden och mellan primär- och slutenvård hör till vanliga diskussionsämnen.

I förvaltningsledningarna ses MPG:s insatser som ett positivt bidrag till deras förvaltningsuppdrag genom kopplingen mellan de medicinska och de administrativa aspekterna av styrningen i förvaltningen. Här är uppföljningen med jämförbara mått en viktig faktor, som blir till ett gemensamt språk som överbryggar gränserna mellan den professionella och den administrativa ledningen. Att MPG saknar mandat att fatta beslut om omfördelningar och omstrukturering av vården innebär i praktiken att det endast är de ärenden där MPG faktiskt enas som kommer att ha påverkan i förvaltningsledningarna, när det gäller förändringar som görs i landstingsgemensamt perspektiv.

Förvaltningscheferna förefaller ha en tämligen klar bild av vilka MPG som är mer framgångsrika i att hitta gemensamma lösningar och vilka som är mindre framgångsrika.

En utgångspunkt i arbetet på landstingsledningsnivå är att ge frihet åt de professionella (dvs. MPG, länsgrupper, specialistnätverken) att själva styra verksamhetens innehåll. Det innebär att frågor där MPG/ LG har uppnått enighet faktiskt påverkar besluten i SOL och Landstingsstyrelsen, när så är fallet. Frågor där enighet inte råder mellan klinikerna är svårare. Det rör sig då oftast om frågor kring organisation/ ekonomisk styrning. Möjligheten att

¹⁰ 20 mars -09.

lösa dessa frågor i SOL är avhängig av förvaltningschefernas engagemang i det landstingsgemensamma uppdraget.

Landstingsledningens bedömning av *MPG-/LG-systemets resultat* hittills varierar med vilken specialitet det handlar om. Skillnader i ambitionsnivå och resultat finns mellan olika MPG och motiverar att uppdraget förtydligas, t ex genom en fastställd dagordning för gruppernas sammanträden. Det skulle bidra till tydligare mandat för de företrädare från HoS-avdelningen som sitter som sekreterare i grupperna att påverka MPG-arbetet i önskvärd riktning, vilket utifrån landstingsledningens perspektiv behövs i en del av grupperna.

Allt vårdprogramarbete skall i framtiden hanteras via Faktasystemet, även de vårdprogram som idag undantas, såsom de med specifik inriktning på specialistvården. Tidsschema för utvecklingen av *läns-gemensamma vårdprogram* är inte fastställd. "Så mycket som möjligt" är målet. Enligt intervju med planeringsdirektören¹¹ är cirka 60 vårdprogram processade genom Faktaprojektet och kommer inom kort att vara klara för publicering. Att från antagna vårdprogram också uppnå en faktiskt läns-gemensam tillämpning ställer krav på god uppföljning genom adekvat stöd i IT-systemen, vilka enligt uppgift bedöms motsvara förväntningarna i det avseendet.

En aktuell fråga som nämnts i intervjuer med verksamhetsföreträdare avser *läns-gemensamma kliniker*, dvs. bildandet av divisioner inom landstinget. Här finns synpunkter i riktning mot att ombilda från tre skilda till en gemensam klinik. Exemplet avser kirurgin. De konsekvenser som uppstår av kirurgklinikernas svårigheter att uppnå samsyn har nyligen förts upp till diskussion i landstingsledningen och med planeringsdirektören som samordnare. Det innebär att det pågår samtal mellan klinikernas företrädare och landstingsledningen om hur kirurgin ska organiseras. Den problematik som den funktionellt läns-gemensamma urologisektionen mött i form av olikheter i förvaltningarnas redovisningssystem införlivas nu i de pågående initiativen att samordna kirurgin som helhet. Processen har hittills bestått av ett första möte och nästa sker i början av april. Resultat finns således ännu inte.

Höglandets planer på en hybridsal där, som meddelats i granskningen från LG Kärlkirurgi, har enligt planeringsdirektören inte förankrats i landstingsledningen. Den bedöms vara en investering av sådan omfattning att det skulle kräva stöd i den politiska ledningen.

Just nu riktas uppmärksamhet på att förbereda Primärvården för kommande förändring i övergripande beslut om *vårdvalssystem*. Inom ramen för dessa ansatser pågår i landstingsledningen ett arbete för att finna former för att öka samverkan mellan klinikerna i de olika sjukvårdsområdena genom "en ekonomisk modell som underlättar användning av resurser mellan sjukvårdsområdena".

Uppföljning och rapportering till *den politiska nivån* av det medicinska programarbetet sker huvudsakligen genom de rutinmässiga års- och delårsrapporterna och i styrkortssystemet, där en del av uppföljningsmått redovisas. Med nödvändighet aggregeras det mesta av rapporteringen. Enligt intervjuer med företrädarna för den administrativa landstingsledningen är den politiska ledningen väl insatt i svårigheterna att samordna verksamhet och som bl. a beror på enskilda klinikers ståndpunkter och prioriteringar. Det exemplifieras i intervju med citatet (sagt om den politiska ledningen): "De lever nära sjukvården".

¹¹ 25 mars -09

4 Enkäten – en översikt

Kapitlet innehåller en översiktlig sammanfattning av enkätresultatet, som redovisas i helhet i bilaga 5.

Styrning

Landstingets budget och flerårsplan som styrdokument för MPG-arbetet fungerar, enligt enkätsvaren, helt eller delvis väl och målen för arbetet upplevs tydliga. Målen dokumenteras i ett fåtal grupper. Sjukvårdens ledningsgrupps uppföljning av MPG-arbetets resultat upplevs övervägande positiv och sker med årlig genomgång och dialog med planeringsdirektören. Prioritering av diagnosområden och vårdprocesser upplevs vara en konstruktiv konsekvens av denna uppföljning, åtminstone inom de MPG som förhåller sig mest positiva.

Arbetsätt

MPG har ansvar för länsövergripande beslut om vårdprogram. I enkäten ställdes fråga om i vilken utsträckning gruppen kan fatta sådana beslut. Den sammantagna bilden är positiv. Exempel som anges rör i flertalet fall annat än länsgemensamma vårdprogram. Problem förknippade med olika redovisningssystem i de tre förvaltningarna framhålls ofta.

Samverkan

Systematisk samverkan mellan MPG-grupper förekommer men involverar långt ifrån alla grupper. MPG-gruppen kan också vara aktör i samverkan med andra än MPG-grupper. Flera av de svarande har uttryckt önskemål om ökad samverkan med andra MPG. Regional samverkan sker ofta via länsgrupperna och här ges bilden av välfungerande systematik.

Uppföljning

Uppföljning av vårdprogramarbetet – att vårdprogram finns och tillämpas – tycks fungera med begränsad fördjupning. Ett synsätt är att klinikerna själva ansvarar för att följa vårdprogram. En metod för oberoende uppföljning är via kvalitetsregistrens medicinska resultatmått. Inom flera MPG har metodik för uppföljning ännu inte utvecklats.

Resultat

Cirka hälften av MPG anger att de tagit fram vårdprogram enligt sin plan och också har en tydlig bild av vilka som återstår för närvarande. Färdiga vårdprogram tillämpas och i flera fall går det att avläsa förbättrade medicinska resultat. För några av grupperna återstår ännu en större andel av vårdprogramarbetet.

Faktaprojektet

Inställningen till Faktaprojektet och samverkan med detta är positiv. Det finns också förväntningar på att projektet och framtagning av dokumenten inom ramen för det redan har avlastat MPG ansvaret för länsgemensamma vårdprogram. Bedömningen att Faktaprojektet kommer att bidra till förbättrade medicinska resultat görs av flertalet svarande.

Egna kommentarer om MPG-systemet

Många av de svarande har tagit vara på möjligheten till fri kommentar om MPG-systemet. En vanlig *positiv* kommentar rör systemets möjligheter när det gäller landstingsgemenskap och samverkan över organisatoriska gränser i koppling till kvalitet och patientsäkerhet. En vanlig *negativ* kommentar rör det hinder som man upplever att organisationens gränser mellan förvaltningar utgör.

5 Analys och slutsatser

Granskningen av MPG-arbetet har mötts positivt av tillfrågade företrädare och intervjuerna har präglats av öppenhet, både kring framgångar och motgångar i ambitionen att uppnå länsgrupp och samordnade lösningar. Tydlig ambition att uppnå länsgrupp lösningar uttrycks i både intervjuer och enkätsvar. Men det finns hinder och svårigheter. Analysen av granskningens iakttagelser lyfter i första hand fram förbättringsområden och betonar i lägre utsträckning systemets styrkor och åstadkommanden.

Kapitlet innehåller sex avsnitt: [5.1](#) Granskningens resultat per specifik revisionsfråga, [5.2](#) Styrka och möjligheter, [5.3](#) Hinder och svårigheter, [5.4](#) Resultat, vårdprogram och Faktaprojektet och [5.5](#) Om politisk insyn och kontroll. Rapporten avslutas med [5.6](#) Slutsatser och rekommendationer.

5.1 Specifika revisionsfrågor och granskningsresultat/ fråga

1. *Vilka delar i Landstingets mål utgör mål för MPG? Vilka är MPG:s specifika mål? Hur har de följts upp? Vad är resultatet i relation till uppsatta mål?*
LT-planens strategiska mål avseende mål, mått och mätetal i syfte att säkra alla medborgares lika förutsättningar till alla behandlingsformer är, liksom medicinska vårdprogram, behandlingsrutiner och PM, styrande för MPG-arbetet enligt granskningen. Uppföljning sker genom årlig redovisning till planeringsdirektören i personligt möte. Granskningen visar att många MPG är tillfredsställda med formen för uppföljning men det finns behov av mer utrymme för att diskutera problemområden än uppföljningstillfället medger.
2. *Målkonflikter eller speciella problemområden – finns det sådana och hur hanteras de i så fall?*
Granskningens avgränsning med fyra MPG och sex LG liksom förstudien enkätundersökning speglar uppfattningen att MPG:s länsövergripande uppdrag ofta möter svårigheter till följd av hälso- och sjukvårdens organisation i tre skilda förvaltningar. Ett annat problemområde är samverkanssvårigheter inom en specialitet, i granskningen belyst genom kirurgin. Hanteringen av problem av detta slag är planeringsdirektörens uppdrag och ger intryck av försiktighet i ansats och tempo.
3. *Vilka resultat hade MPG uppnått vid tiden för ändring av direktiven?*
Resultatet är svårt att specificera. Direktiven reviderades 2006. Av de 15 som redovisas som "Landstingets vårdprogram" är 4 st. daterade 2004, 2 st. 2005, 2 st. 2006 och 6 st. 2007.
4. *Hur förändrades gruppernas arbetssätt genom de nya direktiven och den förändrade organisationen?*
MPG:s sammansättning har förändrats med representant för HoS-avdelningen i alla grupper. Protokoll levereras till planeringsdirektören. Årlig dialog/ uppföljning med planeringsdirektören.
5. *Hur arbetar grupperna (MPG resp. LG)? – Kartläggning av möten, hur ofta, vilka närvarar, vad beslutas? Hur sker samverkan mellan olika aktörer som berörs av gruppernas arbete med vårdprogram? Hur sker samverkan med regionala programgrupper?*
De grupper som ingår i granskningen har oftast personliga möten. Frekvensen varierar från en till flera gånger per halvår. Grupper med hög aktivitetsgrad beslutar om åtgärder som följs upp, ansvarsfördelning för åtgärder osv. Grupper med lägre aktivitetsgrad använder mötena mer till diskussioner som upplevs värdefulla för att stärka kollegiala band och bygga en grund för att överkomma skillnader i åsikter, som i dagläget utgör hinder för konstruktiva förslag till ändringar. Gruppernas mandat att påverka är begränsat till de tillfällen de är eniga. Ansvar för frågor där enighet inte nås ligger inte hos respektive grupp och förvaltas av planeringsdirektören. Samverkan med grupper som berörs av MPG- och LG-aktiviteter sker huvudsakligen inom klinikerna och via de egna kollegiala nätverken. Regional samverkan förefaller strukturerad, systematisk och framgångsrik och sker på MPG- eller LG-nivå, olika i olika specialiteter.
6. *Vilka gemensamma vårdprogram/ riktlinjer/ medicinska PM har grupperna hittills säkerställt att de finns och tillämpas? Hur har uppgiften att säkerställa tillämpning gått till? Vilka delar i arbetet har gynnats särskilt av MPG/LG-organisationen?*
De MPG som anger sig ha en metod att säkerställa tillämpning gör det huvudsakligen via de medicinska resultaten. I flertalet fall anges ingen metod att säkerställa tillämpning av vårdprogram annat än att det är ett uppdrag för respektive verksamhetschefer. Inom några MPG förefaller man ha nått längre i säkerställande av tillämpning. Lokalt programarbete har i flera exempel gynnats av MPG-/

LG-organisationen genom att lokala vårdprogram och behandlingsriktlinjer utformas enligt samma riktlinjer och principer.

7. *Hur har grupperna verkat för ett effektivt utnyttjande av personalresurser och vårdplatser ur ett läns-perspektiv?*

Fokus i flera MPG förefaller vara hur vården ska organiseras, vem som ska göra vad etc. Till en del är det också möjligt för MPG att styra mot effektiv resursanvändning. Dialysverksamheten är ett av flera exempel. Ibland är hindren fler än möjligheterna, t ex inom kirurgin med splittrad verksamhet som kanske skulle ske effektivare om subspecialiserad verksamhet centraliserades inom fler diagnosområden än hittills.

8. *Hur styrs och stöds gruppernas arbete från hälso- och sjukvårdsavdelningen? Vilka uppföljningar görs och vad är resultatet av dessa? Dokumenterar grupperna årets mål och resultat i verksamhetsplan/ verksamhetsberättelse?*

Enligt enkäten dokumenteras mål och resultat i ett fåtal MPG, medan flertalet inte gör det. Hälso- och sjukvårdsavdelningen medverkar i MPG-arbetet genom representation i gruppernas ordinarie sammansättning (sekreterare och ekonom) samt genom planeringsdirektörens årliga uppföljning av uppnådda resultat. Resultatet av denna uppföljning varierar. För MPG med hög grad av systematik och aktiviteter i programarbetet beskrivs uppföljningen viktig och konstruktiv. Av MPG med svårigheter i det läns-gemensamma uppdraget beskrivs uppföljningen ha lägre värde. Stödet till de grupper som pga. bristande samsyn har svårt att komma framåt förefaller behöva utvecklas.

9. *Hur säkras vårdkedjeaspekten i övergång mellan specialistvård och primärvård genom gruppernas arbete? Vilka konkreta exempel på gruppernas uppdrag att säkra samverkan i dessa delar kan redovisas?*

Vårdkedja specialistvård-primärvård är inte första prioritet generellt i MPG-arbetet, men med komplettering i Faktaprojektet kan man se goda förutsättningar att all verksamhet som ingår där, vilket i detta skede är det allra mesta av primärvårdens uppdrag, kommer att säkras om projektet blir framgångsrikt. Inom specifika MPG med många kopplingar till primärvård finns aktiviteter som gett goda resultat, t ex Programgrupp Barn och MPG Kvinnosjukvård.

10. *Hur fungerar Faktagrupperna, deras roll i systemet och samverkan med MPG?*

Formellt skall MPG godkänna Faktadokumentet som produceras under förstahandsansvar av Faktagrupperna, men MPG har annars ingen direkt roll i Faktaprojektet. Faktagrupperna består delvis av samma specialister som ingår i länsgrupper och grupperingar som arbetar med lokala vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Faktaprojektets mål är i det första steget inte att dokumentdatabasen ska bli ett substitut för de vårdprogram som avser vård inom specialistklinikerna. Här ska endast de delar som berör Primärvården överlappa specialistområdenas vårdprogram och Faktadokumentet. Skillnaden ligger både i perspektiv och i fördjupning. Först i senare utvecklingskede kommer Faktadokumentet att omfatta också vårdprogram med relevans specifikt för specialistvården.

11. *Vilka kunskaper finns om vad MPG-systemet kostar? Hur värderas balans mellan kostnad och nytta?*

Granskningen visar att aktivitetsgraden varierar stort mellan olika programgrupper resp. länsgrupper. Exempel finns på MPG och LG som systematiskt processar läns-gemensamma vårdprogram efter en tydlig agenda liksom på MPG och LG där möten sker utan att det resulterar i några läns-gemensamma överenskommelser och vårdprogram. En framhållen nytta med systemet som inte manifesteras i konkreta dokument att visa upp är samråd om diverse andra frågor som också har betydelse, t ex om vårdplatser, om DRG, om olikheter, om vårdgarantifrågor etc. Systematisk uppföljning av balansen mellan nytta och kostnad har inte framkommit i granskningen och är förmodligen svår att uppnå. Hur *Goda exempel* i MPG-systemet tas tillvara och återförs till inblandade chefer och medarbetare är oklart.

5.2 Styrka och möjligheter

De medicinska programgruppernas huvuduppgift avseende vårdprogram måste ställas i relation till landstingets definition av begreppet. Definitionen innebär, liksom de definitioner som kan återfinnas hos SKL och Socialstyrelsen, kliniska riktlinjer som baseras på medicinsk evidens. Den har därtill en vidare innebörd med koppling till resursanvändningen inom landstinget. Styrande för MPG-arbetet är därför både medicinska mål och mål för användning av landstingets samlade sjukvårdsresurser ”på bästa sätt”.

Granskningen visar att professionella företrädare i princip ser positivt på lösningar som bidrar till medicinskt säker vård och medicinskt optimala resultat i kombination med effektiv resursanvändning. Landstingets tydliga och framgångsrika satsning på *kvalitetsarbete* och den våg av systematik för *patientsäker vård* som nu präglar landets sjukvårdssektor är ett stöd för en fortsatt utveckling mot landstingsövergripande vårdprogram och för mer av landstingsgemenskap i utformning och organisering av verksamheten.

Den stora förekomsten av dokumenterade Behandlingsriktlinjer och PM som nu finns per sjukvårdsområde bekräftar bilden av systematiska arbetssätt generellt i det medicinska utvecklingsarbetet. Vägen till en heltäckande beskrivning av vården i ett gemensamt landstingsperspektiv är redan utstakad och en stor del av vårdprogramarbetet klart. Nu återstår att stödja de medicinska programgrupperna och länsgrupperna i uppgiften att uppnå målet om "bästa användning av landstingets sjukvårdsresurser", hantera svårigheter i skärningspunkter mellan olika förvaltningar och i bristande samsyn inom vissa specialiteter.

Det är uppenbart i föreliggande granskning och enkät att systemet med landstingsgemensamma grupper, MPG eller LG, fungerar som ett uppskattat nätverk för de verksamhetschefer och specialister som medverkar. Även om det ännu inte går att avläsa i konkreta landstingsgemensamma vårdprogram för hela verksamheten kan pågående samverkan ändå ge positiva avtryck inom alla sjukvårdsområden genom att verksamhetsmål, effektivitet och samverkan avhandlas i MPG-/ LG-nätverken.

5.3 Hinder och svårigheter

Granskningen visar två typer av hinder och svårigheter att skapa länsgemensamma vårdprogram:

- *Det finns inga länsövergripande resurser för att organisera vård enligt länsövergripande vårdprogram* och varje sådant beslut måste godkännas av förvaltningsledning, vars högsta prioritet är den egna förvaltningen och inte landstingsgemenskapen.
- *MPG eller LG måste vara eniga för att verksamheten ska utvecklas i riktning mot mer av läns- och länsöverskådande gemenskap och bästa användning av landstingets samlade sjukvårdsresurser.* Utvecklingen bromsas eller t.o.m. stoppas när klinikerna har svårigheter att uppnå enighet. Konsekvensen är att verksamhet bedrivs suboptimalt och möjligen också med varierad medicinsk kvalitet och säkerhet i jämförelse mellan sjukvårdsområden.

Synen på hinder och möjligheter varierar med blickriktningen. Det egna sjukvårdsområdets perspektiv framhålls minst lika ofta som det landstingsgemensamma perspektivet. Med en generalisering kan man beskriva det så att företrädare i Höglandet och Värnamo ofta uttrycker uppfattningen att "Jönköping vill ta över" och att företrädare i Jönköping ofta uttrycker uppfattningen att deras förslag möts av den attityden. En sådan klyfta mellan (företrädare i) landstingets tre sjukvårdsområden utgör ett hinder för de medicinska programgruppernas uppdrag och ambitioner. De behöver *hjälp att lösa det* och ansvaret är landstingsledningens.

Granskningen visar att *de medicinska programgrupperna behöver ett tydligare stöd*, både av respektive förvaltningsledning och av landstingsledningen, i att fatta beslut som påverkar var och hur verksamhet sker. Alla tillfällen där förslag i MPG stupar på oklarhet kring ansvar eller resurser eller på oenighet behöver lyftas och analyseras *centralt i landstinget* i stället för att rinna ut i sanden. Det förtydligande som kan komma ut av en planerad styrning över MPG-arbetets agenda kan vara ett litet steg i rätt riktning. Ett mer kraftfullt tag om MPG-arbetet förutsätter ett starkare stöd i sjukvårdens operativa ledningsgrupp.

Förvaltningsledningarnas engagemang

Ett flera gånger kommenterat problem är skärningspunkten mellan ansvaret för landstingsgemensamma vårdprogram och bristen på makt över resurser att bestämma över dessa program. Att som en företrädare för en förvaltningsledning beskriva MPG:s uppdrag som att "det borde vara enkelt att enas om att använda blå pärmar i stället för röda" är att underskatta landstingets egen definition av begreppet vårdprogram. Programarbetet får i själva verket ofta konsekvenser för resursbeslut.

Programgrupp Barn är ett exempel på att bred enighet bland företrädare från flera landstingsaktörer och också kommuner inte alltid förmår överbrygga det hinder som utgörs av gränserna mellan förvaltningarna av de tre skilda sjukhusområdena. En viktig faktor kan vara det som nämnts i intervju om barnspecialitetens brist på tillgång till en röst i ledningssammanhang. Varför en så stor andel av befolkningen som barnen representerar inte företräds med egna representanter i ledningsgrupper är oklart.

Det medicinska programarbetet förutsätter förvaltningsledningarnas engagemang i landstingets helhetsperspektiv och lojalitet till MPG-arbetets länsgemensamma mål. Det förutsätter också att det finns stöd även i ekonomiska system för samverkan över förvaltningsgränser. Den ekonomiska "modell som underlättar användning av resurser mellan sjukvårdsområden" som nu utreds inom landstingsledningen kan därför gagna programarbetet och stödja funktionell samverkan av det slag som sedan 2007 organiserats inom urologin.

Drivkrafter som motverkar länsgemenskap

Svårigheter att komma framåt pga. oenighet mellan klinikerna inom en specialitet illustreras i granskningen av kirurgin. Det är i denna granskning okänt hur många medicinska programområden som tyngs av liknande problematik. Enkäten ger intryck att det finns flera. Att samarbetssvårigheterna inom kirurgin varit kända länge bekräftas av det faktum att tidigare planeringsdirektör redan i mitten av 90-talet gjort försök att ena företrädare för specialiteten, dock utan att uppnå konstruktiva resultat.

Det är troligt att dessa svårigheter att uppnå samsyn går ut över medicinska mål och mål om bästa resursanvändning. I granskningen ges exempel i form av Högländets ambitioner/önskemål att bygga en hybridsal för kärllkirurgiska ingrepp trots att den hittills befintliga hybridsalen på länssjukhuset har ledig kapacitet. Oavsett om planeringen har förankrats i korrekt ledningsnivå förmedlas här något om hur synen på samverkan och resursanvändning tycks vara. Ett annat exempel rör tarmcancerkirurgin, vars omfattning är så begränsad att den skulle vinna både medicinskt och resurseffektivt på att centraliseras, men frågan upplevs för svår på den nivå den nu berörs (länsgrupp) och diskuteras inte i landstingsledningsnivå.

En drivkraft som kan bidra till svårigheter att nå samsyn om hur sjukvården skall bedrivas inom länet är varje kliniks och sjukhus ambitioner att upprätthålla verksamhet som gagnar förmågan att behålla och rekrytera specialister. Så länge landstinget håller fast vid att det ska vara tre akutsjukhus kommer det att finnas en viss konkurrens om specialisterna, där ett av konkurrensmedlen är en lockande och intressant verksamhet. En tydligare profilering av sjukhusens uppdrag kan vara ett sätt att nå både lokala och landstingsgemensamma mål.

Landstingsledningens sätt att förvalta sitt ansvar för att oenighet inom en specialitet består och hindrar arbetet år efter år, i granskningen belyst genom exemplet inom kirurgin, präglas mer av försiktighet än beslutsamhet. Från ett revisionellt perspektiv finns därför anledning att ifrågasätta om ledningens åtgärder är tillräckliga och sker med önskat tempo.

Ledningsansvar för MPG-arbetets framgång

Länsgemensamma vårdprogram är ett länsgemensamt projekt. Det är inte rimligt att lägga ansvaret på professionella grupper utan att samtidigt ge dem förfogande över länsgemensamma resurser. Så länge landstingsledningen inte kraftfullt tar sitt ansvar att hantera oenighet mellan förvaltningar och kliniker har den länsgemensamma ambitionen begränsad trovärdighet. Kostnader för suboptimeringar är landstingsledningens ansvar.

5.4 Resultat, vårdprogram och Faktaprojektet

De 15 landstingsgemensamma vårdprogram som idag redovisas externt och internt kan tyckas vara ett blygsamt resultat av MPG-uppdraget. Men med tanke på att vårdprogrammen varit huvuduppgift för MPG-samverkan endast två-tre år är det inte oväntat att man inte kommit längre. Å andra sidan har medicinskt programarbete bedrivits i Landstinget i Jönköpings län ända sedan slutet av 1970-talet. Direktiven i mitten av 90-talet var i sak samma som nu även om uppgifterna rangordnats olika. Sett i det perspektivet kan man tycka att resultatet hittills är blygsamt.

I enkätsvar framgår att förväntningarna på Faktaprojektet i flera fall verkar större än projektet kan motsvara. Flera MPG-företrädare uttrycker att projektet avlastat dem ansvaret för länsgemensamma vårdprogram, men vårdprogram som enbart berör specialistvården ingår i detta skede överhuvudtaget inte i Faktaprojektet. Om flera MPG väntar in projektets nästa steg innebär det att utvecklingen mot länsgemensamma vårdprogram inom specialistvården bromsas och stannar upp för viss tid. Här finns behov av ett klagande. Och en tidplan. Exakt hur snabbt Faktaprojektet kommer att uppnå målet i pågående projektsteg är oklart. Projektledare och planeringsdirektör ger med mindre än en veckas intervall mycket olika bilder av nuläget, där den förres uppfattning är mindre optimistisk än den senares.

Faktaprojektet kan – om det blir framgångsrikt – på ett användbart sätt belysa både skillnader och likheter mellan olika sjukvårdsområden och därmed underlätta strävan att utjämna olikheter i vården. Det kan därmed fungera som en välbehövlig tändande gnista för programarbete i behov av tempoökning. En reflektion är att projektet också kan komma att fungera som brandfackla när det gäller oenigheter och oavslutade diskussioner om hur verksamheten ska organiseras, där brist på avgörande beslut kan innebära suboptimering av landstingets uppdrag. Genom kravet att förtydliga så stor andel av vården som Faktaprojektet siktar på är det troligt att även de områden kommer att belysas där programsamverkan hittills bromsats eller hindrats till följd av oenigheter mellan kliniker/ förvaltningar.

5.5 Om politisk insyn och kontroll

Granskningen visar att den politiska insynen och kontrollen över det medicinska programarbetet och dess framsteg har begränsats formellt genom att uppdraget till de medicinska programgrupperna som tidigare gavs av Planeringsdelegationen numera är ett tjänstemannabeslut vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Uppdraget återrapporteras därmed till politisk nivå inbakat i övrig aggregerad rapportering. Enligt uppgift är dock politikerna välinformerade om svårigheter med bristande samsyn, t ex inom kirurgin.

Granskningen har inte visat hur styrelsen skaffar sig tillräcklig insyn i det medicinska programarbetets resultat eller hur landstingsledningen säkrar att aktiviteterna för länsgemensamma vårdprogram och önskad resursanvändning håller önskat tempo. Ett exempel är att samverkanssvårigheter som varit kända sedan minst mitten av 1990-talet tillåtit bestå, trots de konsekvenser de har för ambitionen om länsgemensamma vårdprogram och bästa resursanvändning. En fråga att uppmärksamma är därför hur styrelsen förvaltar sitt ansvar

för att hantera konstaterade hinder och svårigheter, så att vårdprogramarbetet verkligen uppnår övergripande mål.

5.6 Slutsatser och rekommendationer

Granskningen visar att det medicinska programarbetet i bedrivs systematiskt och att det finns gott om lokala vårdprogram. Huvuduppgiften att säkerställa landstingsgemensamma vårdprogram och deras tillämpning har hittills uppfyllts i begränsad omfattning, inte minst när det gäller uppgiften att säkra att landstingets resurser för sjukvård används på bästa sätt. Skillnaderna är stora mellan de MPG som varit mer framgångsrika och de som varit mindre så. Generellt råder gott samarbetsklimat i de länsövergripande grupperna. Det finns dock exempel på motsatsen och intrycket är att det behövs tydligare styrning och framför allt stöd till MPG-systemet, om det verkligen ska förmå bidra till utjämning av skillnader i länet och optimalt tillvaratagande av resurser. Planeringsdirektörens planer på en tydligare styrning av MPG-arbetets agenda är ett litet steg i rätt riktning. Andra viktiga förutsättningar är förvaltningsledningarnas engagemang för och lojalitet till MPG-arbetets länsgemensamma mål och sjukhusens förmåga att med profilerad verksamhet rekrytera specialister.

Granskningen visar att gränserna mellan de tre sjukvårdsområdenas förvaltningar utgör hinder för vårdprogramarbetet och att det bidrar till att utvecklingen mot en länsgemensam vård bromsas. Ett annat hinder består i oenighet i vårdprogramfrågor mellan företrädare inom en specialitet och från olika sjukvårdsområden. Konsekvensen är risk för suboptimeringar och effektivitetsförluster. Granskningen visar att landstingsledningens sätt att hantera och överkomma dessa problem bör utformas mer kraftfullt.

Granskningen visar att den politiska kontrollen över det medicinska programarbetet har försvagats efter förändring av direktiv 2006 och att det är oklart hur verkställande ansvar nu förvaltas, särskilt när det gäller de ovan nämnda svårigheterna att hålla tempo och komma framåt i utvecklingen mot en länsgemensam vård.

Faktaprojektet har potential att bidra till ökat tempo i vårdprogramsamverkan men riskerar samtidigt bidra till inbromsning i den vårdprogramsamverkan som enbart gäller specialistvården. Detta då flera MPG-ansvariga uttrycker att de nu kan avvakta med sitt vårdprogramarbete eftersom Faktaprojektet har övertagit ansvaret, vilket ännu inte är fallet.

Rekommendationer:

- ❖ Det behövs starkare stöd till de medicinska programgrupperna från landstingsledningens sida när det gäller att överkomma de hinder som utgörs av gränser mellan förvaltningar eller oenighet mellan de olika sjukvårdsområdenas specialister.
- ❖ Den politiska styrningen behöver förstärkas med en tidplan för programarbetet och en plan för hur målet om tre akutsjukhus ska förenas med målen om länsgemensamma vårdprogram och att sjukvårdsresurserna används på bästa sätt.
- ❖ Tydlig profilering av sjukhusens uppdrag bör övervägas, med utgångspunkt i att alla tre sjukhusen ska bedriva verksamhet som också gagnar rekrytering av specialister.
- ❖ Faktaprojektets avgränsning behöver förtydligas så att medicinskt programarbete för specialistvården inte stannar upp pga. missförstånd att det i detta skede ska hanteras inom projektet.

Bilaga 1: Specifika revisionsfrågor

- Vilka delar i Landstingets mål utgör mål för MPG? Vilka är MPG:s specifika mål? Hur har de följts upp? Vad är resultatet i relation till uppsatta mål?
- Målkonflikter eller speciella problemområden – finns det sådana och hur hanteras de i så fall?
- Vilka resultat hade MPG uppnått vid tiden för ändring av direktiven?
- Hur förändrades gruppernas arbetssätt genom de nya direktiven och den förändrade organisationen?
- Hur arbetar grupperna (MPG resp. LG)? – Kartläggning av möten, hur ofta, vilka närvarar, vad beslutas? Hur sker samverkan mellan olika aktörer som berörs av gruppernas arbete med vårdprogram? Hur sker samverkan med regionala programgrupper?
- Vilka gemensamma vårdprogram/ riktlinjer/ medicinska PM har grupperna hittills säkerställt att de finns och tillämpas? Hur har uppgiften att säkerställa tillämpning gått till? Vilka delar i arbetet har gynnats särskilt av MPG/LG-organisationen?
- Hur har grupperna verkat för ett effektivt utnyttjande av personalresurser och vårdplatser ur ett länsperspektiv?
- Hur styrs och stöds gruppernas arbete från hälso- och sjukvårdsavdelningen? Vilka uppföljningar görs och vad är resultatet av dessa? Dokumenterar grupperna årets mål och resultat i verksamhetsplan/ verksamhetsberättelse?
- Hur säkras vårdkedjeaspekten i övergång mellan specialistvård och primärvård genom gruppernas arbete? Vilka konkreta exempel på gruppernas uppdrag att säkra samverkan i dessa delar kan redovisas?
- Hur fungerar Faktagrupperna, deras roll i systemet och samverkan med MPG?
- Vilka kunskaper finns om vad MPG-systemet kostar och hur värderas balansen mellan kostnad och nytta?

Bilaga 2: Granskningsunderlag

Intervjuer

PG Barn ordförande

MPG Kirurgi ordförande

Länsgrupp Nedre gastroenterologi ordförande

Länsgrupp Bröst- och plastikkirurgi ordförande

Länsgrupp Kärlkirurgi ordförande

MPG Medicin ordförande

Länsgrupp Gastroenterologi sammankallande

Länsgrupp Kardiologi sammankallande

Länsgrupp Nefrologi sammankallande

MPG Primärvård ordförande

Faktaprojektets projektledare

Sjukvårdsdirektörer

Planeringsdirektören

Landstingsdirektören

Dokument

Landstingets budget 2008 och flerårsplan 2009-2010

Direktiv för medicinska programgrupper 2006

Uppdrag för länets medicinska programgrupper 1996

Primärvården, kartläggning av nuläget. Rapport 2007

Landstingets öppna webbplats www.lj.se

Delar av Landstingets interna webbplats intra.lj.se

Enkätundersökning riktad till samtliga MPG (ordf och sekr) dec 2008

m.m.

Bilaga 3: Landstingsgemensamma vårdprogram (mars -09)

- Astma och allergi hos barn
- Demenssjukdomar
- Gynekologisk hälsokontroll
- Fallprevention
- Höftfraktur
- Långvarig ickemalign muskuloskeletal smärta
- Ländryggsbesvär
- Nedre luftvägsinfektioner hos barn i öppenvård
- Rehabiliteringsprogram för stroke
- Stroke
- Suicidprevention för vuxna
- Urinvägsinfektioner hos barn
- Vuxendepression
- Övervikt och fetma bland barn och ungdomar
- Övervikt och fetma hos vuxna.

Bilaga 4: Faktaprojektets 23 ämnesområden/ Faktagrupper

- Barn-ungdomshälsa
- Geriatrik
- Hud och STI
- Rehabilitering
- Infektion och smittskydd
- Internmedicin- Endokrinologi och hypertoni
- Internmedicin- Hematologi
- Internmedicin- Kardiologi
- Internmedicin- Lungor och allergi
- Internmedicin- Mage och tarm
- Internmedicin- Nefrologi
- Internmedicin- Neurologi
- Kirurgi och urologi
- Kvinnohälsa
- Levnadsvanor
- Onkologi
- Ortopedi
- Palliativ vård
- Psykisk hälsa
- Reumatologi
- Smärta
- Ögon
- Öron, näsa och hals