

Vårdkedjan för kranskärslssjukdom
i Jönköpings sjukvårdsområde
Uppföljning

Revisionsrapport
på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna
i Landstinget i Jönköpings län

Anna Roland

2007-08-28

Sammanfattning

På uppdrag av revisorerna i Landstinget i Jönköpings län har AMR Konsult genomfört en uppföljande granskning av vårdkedjan för kranskärlssjuka i Jönköpings sjukvårdsområde. Granskningen har inriktats på samverkan mellan slutenvård och primärvård, den del i vårdkedjan som vid ursprunglig granskning 2002 befanns utgöra den svagaste länken och ett känt förbättringsområde. Två ytterligare aspekter i vårdkedjan har belysts, nämligen läkarmedverkan i processutvecklingen respektive IT-stöd.

Granskningen har visat att Landstingets processtyrning har omorganiserats. Förvaltningens processledningsenhet har marginaliserats. Istället är styrning och ledning av processerna nu organiserad i ett läns-gemensamt system, byggt på de Medicinska programgrupperna där verksamhetschefer ansvarar för läns-gemensamma vårdprogram under ledning av planeringsdirektören vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Den förändrade organisationen för processtyrning förefaller ännu inte ha fått genomslag i hela organisationen. Granskningen visar att vårdkedjan för kranskärlssjuka inte kontrolleras av den som enligt den nya organisationsmodellen ska ha detta mandat, d.v.s. sektionschefen vid länssjukhusets hjärtsektion. Granskningen visar vidare att rollfördelningen mellan den medicinska programgruppen för primärvård och allmänläkarkonsulten i sjukvårdsområdet inte i praktiken följer den fastslagna modellen.

Flera har i intervjuer givit uttryck för osäkerhet om förvaltningsledningens och linjens roll i relation till Hälso- och sjukvårdsavdelningens.

Den läns-gemensamma modellen för styrning och ledning av processer utgör därför, enligt denna gransknings iakttagelser, hittills snarare en viljeinriktning än ett fungerande styrnings- och uppföljningssystem. Det är ett problem att den utgår från en besluts-hierarki som inte följer ledningslinjen i sjukvårdsområdets linjeorganisation. Detta förhållande bidrar till otydlighet om fördelning av ansvar, men bär förstås andra positiva förtecken genom potentialen att bidra till mer av gemenskap inom hela Landstinget.

Granskningen visar att den satsning som gjorts för kompetensutveckling hos sjuksköterskor i primärvården inte har tagits tillvara på ett optimalt sätt. Vårdcentralernas system med hjärtsjuksköterskor lever kvar och utvecklas positivt i några fall, men det finns avsevärt utrymme att ta bättre vara på sjuksköterskornas kompetens och ambitioner i syfte att bidra till ökad läkartillgänglighet och kvalitetsutveckling.

Läkarmedverkan i Hjärtsektionens processgrupp för kranskärlssjukvård har förstärkts och bedöms i dagsläget relevant och välfungerande.

IT-stödet har utvecklats med fler gemensamma system och plattformar för kommunikation av viktig information. Det förefaller i dagsläget huvudsakligen välfungerande och kommer att utvecklas ytterligare inom några år med ett nytt läns-gemensamt och mer heltäckande system.

Slutsatserna i granskningen är att vårdkedjan fungerar huvudsakligen väl – trots påtagliga brister i organisationens definitioner av ansvar och roller. Det fungerar väl tack vare ett gott samarbetsklimat och goda personliga kontakter. Men, problem uppstår vid situationer med skiljaktigheter i uppfattningar om hur vården ska utföras. Bristen på tydlighet i vem som beslutar vad leder då till situationer som är svåra att lösa och dessutom nöter på det annars goda samarbetet.

Det är ett välkänt faktum att definitioner av ansvarsområden och därtill hörande befogenheter i en organisation är av synnerligen stor betydelse för hur verksamheten fungerar, inte minst i samband med förändringar av verksamhet och införande av nya metoder.

Otydlig ansvarsfördelning i styrning och säkring av vårdkedjan kan få avsevärd betydelse om konsekvensen blir att engagerade medarbetare tröttnar på att hamna i konflikt om vem som bestämmer vad och beslutar sig för att göra något annat.

Uppföljningen av vårdkedjan för kranskärl avslutas därför med rekommendationen att:

- Förtydliga förvaltningsledningens roll i relation till Hälso- och sjukvårdsavdelningens när det gäller processtyrning
- Förtydliga rollfördelningen i styrning och säkring av vårdkedjan för kranskärlssjuka så att det blir möjligt för den som har vårdkedjeansvaret att ta detta ansvar
- Förtydliga direktiven angående verksamheten hos primärvårdens hjärtsjuksköterskor så att kompetens och ambitioner tas tillvara optimalt.

Innehållsförteckning

1	<u>INLEDNING</u>	5
1.1	BAKGRUND	5
1.2	SYFTE	5
1.3	UTGÅNGSPUNKTER OCH METOD	5
1.4	RAPPORTENS DISPOSITION	6
1.5	OM FÖRKORTNINGAR M.M.	6
2	<u>REVISIONSGRANSKNING 2002</u>	7
3	<u>UPPFÖLJNING AV VÅRDKEDJAN 2007</u>	8
3.1	OM ORGANISATIONEN	8
3.2	OM KRANSKÄRLSVÅRDEN IDAG	9
3.3	STYRNING AV VÅRDKEDJAN	10
3.4	PRIMÄRVÅRDEN I VÅRDKEDJAN	13
3.5	STATISTIK	15
3.6	LÄKARMEDVERKAN I PRG	15
3.7	IT-SYSTEM I SJUKVÅRDSOMRÅDET OCH LÄNET	15
3.8	PATIENTPERSPEKTIVET	16
4	<u>DISKUSSION OCH ANALYS</u>	17
4.1	ÅTGÄRDER FÖR UTVECKLING AV VÅRDKEDJAN	17
4.2	SÅ FUNGERAR VÅRDKEDJAN IDAG	18
4.3	OM LÄKARMEDVERKAN I PRG	19
4.4	OM IT IDAG	19
4.5	AVSLUTANDE ANALYS OCH DISKUSSION	19

1 Inledning

Denna rapport beskriver den uppföljande granskningen av vårdkedjan för kranskärlsjuka i Jönköpings sjukvårdsområde. Granskningen har genomförts av konsultföretaget Anna M Roland Konsult på uppdrag av landstingets förtroendevalda revisorer under tiden februari till maj 2007 enligt den projektplan som upprättades under senare delen av hösten 2006. Uppdraget är att kartlägga vårdkedjan för kranskärlssjuka i de delar som vid den första granskningen 2002 befanns utgöra svaga länkar. Detta rör huvudsakligen samverkan mellan slutenvård och primärvård, vilket är fokus i föreliggande revisionsrapport.

1.1 Bakgrund

Den uppföljande granskningen av vårdkedjan för kranskärlssjuka har beställts av revisorerna som ett led i deras övervakning av utfallet av tidigare gjorda revisionsgranskningar. 2002 genomförde revisorerna flera utredningar med landstingets vårdkedjearbete i fokus. En av dessa avsåg kranskärlsvården i Jönköpings sjukvårdsområde och den avslutades med åtgärdsförslag till sjukvårdsledningen i Jönköpings sjukvårdsområde angående behov av förbättringar i vårdkedjan. Då sjukvårdsledningens eventuella åtgärder inte har återredovisats har revisorerna därför beslutat om en uppföljande granskning.

1.2 Syfte

Granskningen syftar till att

- redovisa åtgärder som vidtagits efter föregående granskning i utveckling av vårdkedjan för kranskärlssjukdom
- redovisa inblandade parter bedömning av hur väl vårdkedjan fungerar idag, med styrkor och förbättringsområden
- redovisa övriga synpunkter, t ex avseende läkarmedverkan i utvecklingsarbetet respektive hur behoven av IT-stöd tillgodoses

1.3 Utgångspunkter och metod

Utgångspunkt för granskningen är att processteamet tillsammans med övriga som medverkar i vårdkedjan är experter på hur väl den fungerar. Eftersom granskningen 2002 visade på svagheter i samverkan med primärvården har stor vikt lagts vid hur man där upplever att det fungerar idag.

Begreppet vårdkedja syftar på patientens perspektiv av den vårdprocess som inleds med debut av symptom och avslutas med att man förklaras frisk och färdigbehandlad. När det gäller kranskärlssjukdom inträffar inte denna slutpunkt. Istället används som slutpunkt bilden av en välfungerande och trygg uppföljning inom primärvården.

Granskningen har genomförts som en dokument- och intervjustudie. Underlaget sammanfattas nedan.

Dokument	Intervjuer
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landstingets budget 2007 med flerårsplan för åren 2008-2009 ▪ Direktiv för Medicinska Programgrupper ▪ Revisionsrapport 2002 och missiv 2003 "Vårdkedja för kranskärlssjukvård i Jönköpings sjukvårdsområde" ▪ Sjukvårdsledningens svar på 2002 års revisionsrapport samt bilaga ▪ Sammanfattning med förslag till handlingsplan för Jönköpings sjukvårdsområde avseende förbättringsarbete 2003 ▪ Revisionsrapport samt missiv 2007-04-02 "Primärvårdens resurser". ▪ Riktlinjer för överföring av remissvar och epikriser från PubDok via funktionsbrevlåda till Medidoc ▪ PRG Kranskärlssjukdom 2002 ▪ Verksamhetsberättelse 2006 Hjärtsektionen, Medicinkliniken Ryhov ▪ Utvecklingsguide 2006 Medicinkliniken Ryhov 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Staffan Schön, verksamhetschef, Med.klin., Ryhov ▪ Jan-Erik Karlsson, sektionschef, Hjärtsektionen, Ryhov ▪ Processteamet för PRG Kranskärl ▪ Läkare vid Hjärtsektionen, Med.klin, Ryhov ▪ Karl-Henrik Lundell, chefläkare, Jönköpings sjukvårdsområde ▪ Mats Bojestig, planeringsdir, HS-avd ▪ Anette Petersson, IT-ansvarig, HS-avd ▪ Susanne Ekedahl, PV-läkare, AKO Med.klin. ▪ Läkare och sjuksköterskor vid följande 12 vårdcentraler: Habo, Bankeryd, Gränna, Hälsan 1, Hälsan 2, Kungshälsan, Norrahammar, Rosenhälsan, Rosenlund, Råslätt, Öxnehaga och Mullsjö ▪ Ordf i lokala resp länsavd. av Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund

1.4 Rapportens disposition

I kapitel 2 ges en kort sammanfattning av granskningen 2002, dess innehåll, slutsatser och revisorernas åtgärder. I kapitel 3 redovisas den uppföljande granskningens iakttagelser. Rapporten avslutas i kapitel 4 med analys, diskussion och rekommendationer.

1.5 Om förkortningar m.m.

För att underlätta läsbarhet och minska textvolymen används förenklingar, förkortningar och omskrivningar. T ex används PV för Primärvård i begrepp som "primärvårdsläkare", Ryhov för Länssjukhuset Ryhov, Med.klin. för Medicinkliniken, Länssjukhuset Ryhov. Likaså används begreppet Landstinget för Landstinget i Jönköpings län. PRG används för Patientrelaterad grupp liksom MPG för Medicinsk programgrupp.

AKO står för allmänläkarkonsult, en organisation för samverkan mellan slutenvård och primärvård som närmare förklaras i avsnitt 3.1.3.

2 Revisionsgranskning 2002

Detta avsnitt sammanfattar i korthet iakttagelser och slutsatser i revisorernas granskning av vårdkedjan för kranskärslsjuka i Jönköpings sjukvårdsområde 2002¹.

Utgångspunkten för revisorernas granskning 2002 var betoningen av *vårdkedja* och *vårdprocesser* som strategiska mål i Landstingets flerårsplan 2002-2004. Som uppföljningsmått av utvecklingen av vårdkedjor hade man valt måttet "antal vårdprogram som antagits av programgruppen för primärvård". Detta mått gav en tydlig signal om Landstingets värdering av primärvårdens betydelse för vårdkedjan. För analysen av kranskärsvårdkedjan kom detta att få betydelse, eftersom det var just i gränsövergången mellan slutenvård och primärvård som vårdkedjan befanns ha sin svagaste länk.

Granskningen kom dessutom att beröra Utvecklingsguiden (UG), ledningssystemet inom sjukvårdsområdet.

Granskningen omfattade hela vårdkedjan från symptomdebut i hemmet till uppföljning via primärvården. Styrningen av vårdkedjan från prehospital fas till och med slutenvårdens åtagande belystes detaljerat, vilket gav anledning att på ett tämligen ingående sätt spegla Utvecklingsguiden, i de delar som detta instrument var integrerat i styrningen av vårdkedjan. Slutsatserna var att denna del av vårdkedjan var välfungerande med vårdkedjeperspektivets kriterier, d.v.s. att patienterna slussades mellan de olika stegen på ett smidigt sätt. I kommentarerna ingick synpunkten att läkarmedverkan i PRG Kranskär ej föreföll uppfylla sjukvårdsområdets riktlinjer för multiprofessionalitet i sammanhanget.

Den senare delen av vårdkedjan omfattande den fas där slutenvårdens åtagande upphör och primärvårdens tar vid visade brister i samverkan. Ett problem var bl a mängden dokument som produceras genom AKO-systemet, där primärvårdens allmänläkar-konsulter förväntas förmedla information från slutenvård till primärvård (och vice versa). Själva volymen distribuerade papper upplevdes så stor att risken för att viktig information kunde drunkna i mängden ansågs påtaglig. Som ett led i dessa problem konstaterades ett otillräckligt stöd i tillgängliga IT-system för kommunikation och informationsspridning.

Bristen på samverkan bekräftades i samtal med företrädare för den lokala avdelningen av Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund.

Svagheter i vårdkedjans länkning mellan slutenvård och primärvård var inte okänd för verksamhetsföreträdarna som medverkade med underlaget vid granskningen 2002. Tvärtom framstod detta område som det självklara förbättringsområdet för båda parter.

Rapporten överlämnades i februari 2003 efter beslut i Landstingsrevisionen till Landstingsstyrelsen för kännedom och beaktande. I missivet poängterades de positiva egenskaper i UG som granskningen visat och Landstingets ambitiösa ansatser avseende vårdkedjor. Iakttagelser avseende svagheter i samverkan mellan slutenvård och primärvård nämndes liksom intrycket att dessa förväntades åtgärdas av processteamet. Behovet av förbättrat IT-stöd framhölls också.

¹ Vårdkedja för kranskärslsjukvård i Jönköpings sjukvårdsområde. Ernst&Young 2002-05-29.

Rapporten överlämnades med åtgärdsförslag till sjukvårdsledningen i Jönköpings sjukvårdsområde angående behov av förbättringar i vårdkedjan, huvudsakligen med avseende på samverkan mellan slutenvård och primärvård men även när det gällde läkarmedverkan och IT-system.

3 Uppföljning av vårdkedjan 2007

Sedan granskningen 2002 har förändringar genomförts i sjukvårdsområdets och Landstingets organisation och även i vården av kranskärslsjuka. De viktigaste och här relevanta förändringarna beskrivs i det inledande avsnittet. Därefter följer redovisningen av uppdraget i föreliggande rapport.

3.1 Om organisationen

Processstyrningen inom sjukvårdsområdet har en ny organisation. Tidigare fanns en särskilt processledningsenhet inom sjukvårdsförvaltningen för övergripande styrning och uppföljning inom sjukvårdsområdet via Utvecklingsguiden och Utvecklingsdialogen. Processstyrningen har nu flyttats till MPG under ledning av Hälso- och sjukvårdsavdelningen. I och med det finns nu en länsgemensam processstyrning, som inte fanns 2002. Processledningsenheten i förvaltningen finns kvar med en marginaliserad roll i ledningen av sjukvårdsområdets processer via ledningssystemet. Fördelningen av ansvar mellan dessa aktörer uppfattas inte tydlig, inom vare sig förvaltningsledning, slutenvården eller primärvården.

För vårdkedjan för kranskärslsjuka ansvarar enligt den struktur som beskrivits vara den formellt gällande, under HS-avdelningen, MPG Medicin och MPG Primärvård. Direkt ansvar för vårdkedjan för kranskärslsjuka i sjukvårdsområdet finns hos ordförande för PRG Kranskärl, d.v.s. sektionschefen vid Hjärtsektionen.

3.1.1 Medicinska programgrupper MPG

De medicinska programgrupperna har funnits sedan många år men har numera fått en ny roll i den länsgemensamma styrningen av processer, en prioriterad förändring efter bytet av planeringsdirektör förra året. Organisationen beskrivs därför lite närmare i detta avsnitt.

Det finns 12 MPG² i landstinget och till dessa hör ett antal Länsgrupper (LG). Inom MPG Medicin finns 7 LG, varav LG Kardiologi är en.

MPG är underställda Sjukvårdens ledningsgrupp, företrädd av planeringsdirektören vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Arbetet i MPG styrs av direktiv där det framgår att arbetet "skall präglas av systemtänkande, vilket innebär samverkan och samordning mellan olika verksamheter och vårdnivåer, internt och externt". Gruppen har befogenhet att "besluta i länsövergripande frågor inom ramen för deltagarnas beslutsbefogenheter och förutsatt att enighet uppnås".

² Landstingets 12 MPG: ambulanssjukvård, anestesi och intensivvård, barn- och ungdomsmedicin, geriatrik, gynekologi, kirurgi, medicin, ortopedi, primärvård, psykiatri, radiologi, ögonsjukvård

Verksamhetscheferna i specialiserad vård är obligatoriska medlemmar och i övrigt är det ett mål att grupperna skall kompletteras med företrädare för andra yrkeskategorier än läkare och en ekonom/controller per MPG. Ordförande i MPG utses av och rapporterar till planeringsdirektören, som även utser sekreterare i gruppen med organisatorisk hemort i Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

MPG:s uppdrag finns uttryckt i Landstingets budget och flerårsplan, varvid det i direktiven 2007 betonas att "utfästelser om patients valfrihet och målet om vård på lika villkor utgör viktiga ledstjärnor".

Gruppen skall bedriva förbättringsarbete och lägga vikt vid lärande och spridning av goda idéer.

Huvuduppgiften är att "säkerställa att gemensamma vårdprogram/riktlinjer/medicinska PM finns och tillämpas".

MPG Primärvård är en av programgrupperna vars arbete förefaller ha haft en lägre grad av aktivitet. I den nyligen framlagda revisionsrapporten om primärvårdens resurser (2007-04-02) framkommer att gruppens sammansättning gjordes om "för drygt ett år sedan" så att "ledningspersoner finns nu med i gruppen". Det sägs vidare att MPG Primärvård avser genomföra en uppföljning av hela primärvården med avseende på kliniska resultat för 2006. När revisionsrapporten skrevs, framgår det, arbetade gruppen med "att ta fram enkla mätetal" som underlag för detta arbete.

3.1.2 LG Kardiologi

Länsgrupp Kardiologi är en av flera expertgrupper som är länsövergripande samverkansorgan under ledning av MPG Medicin. LG:s uppgift är att inom sin subspecialitet ta fram de vårdprogram och samverkansriktlinjer som MPG Medicin sedan fattar beslut om. Sektionschefen vid Hjärtsektionen på länssjukhuset är ordförande i LG Kardiologi. Han är också ordförande i en regional samverkansgrupp inom specialiteten.

Till följd av kardiologiverksamhetens omfattning i landstinget har det blivit praxis att ordförande i LG Kardiologi för dialog med och rapporterar direkt till landstingsdirektören, även fast den formella gången är via MPG Medicin. Det ekonomiska och verksamhetsansvaret för kardiologin finns hos verksamhetschefen vid Medicinkliniken.

Primärvården är inte företräd i LG Kardiologi, men kan komma att bli det i framtiden, enligt uppgift i intervju med planeringsdirektören.

3.1.3 AKO

AKO står för allmänläkarkonsult och avser de primärvårdsläkare som fått särskilt uppdrag i samverkan med slutenvården. AKO-systemet innebär att det för varje specialistklinik finns minst en primärvårdsläkare utsedd som allmänläkarkonsult. Primärvårdsläkarna är utsedda så att det i hela AKO-gruppen finns representation för samtliga vårdcentraler i sjukvårdsområdet. Medicinkliniken har två allmänläkarkonsulter varav en med huvudansvar för Hjärtsektionen.

3.2 Om kranskärslsvården idag

En påtaglig förändring i vården av kranskärslsjuka i landstinget är att akut PCI-verksamhet vid Ryhov kom igång i början av 2006. Den har inneburit att man kan åtgärda sådant som tidigare remitterades akut till Universitetssjukhuset i Linköping. De

kliniska resultat som avvek negativt för landstinget i relation till riksgenomsnittet när det gäller PCI förklaras av att siffrorna bygger på förhållanden före start av egen akutverksamhet.

Hjärtsektionen vid Ryhov har expanderat och är i sig större än många andra kliniker inom länet, men tillhör organisatoriskt medicinkliniken.

Vårdkedjan för kranskärlssjuka har i övrigt förändrats endast i ringa grad. En observation som framkommer i intervjuer är att uppföljningen av patienter efter avslutad slutenvård nu i viss ökad utsträckning flyttats från underläkarmottagning vid länssjukhuset till primärvården.

Medicinkliniken har förändrat sin organisation genom att i ökande utsträckning integrera öppen och sluten vård inom kliniken, så att sektionerna på ett mer tydligt sätt kan organisera sin verksamhet mer effektivt. Det betyder inte att mottagningar och vårdavdelningar ännu är lokaliserade tillsammans överallt men detta är syftet och förändringsarbetet pågår. Ett önskemål att integrera MAVA i Medicinkliniken som en del i detta integreringsarbete finns.

3.2.1 PCI

Akut PCI-verksamhet startade i början av 2006 efter intensiva förberedelser. Beslutet var fattat på politisk nivå och prioriterades inom sektionen före andra åtgärder i utvecklingen av kranskärlsvården. Det innebar t ex att de förbättringsbehov som noterats när det gäller samverkan med primärvården har fått stå tillbaka.

PCI-verksamheten är givetvis en länsgemensam resurs. Tillgången till metodiken inom länet har stor betydelse för patienterna, som i många fall nu kan slippa att remitteras till Linköping. Den akuta verksamheten har också inneburit en ökad samverkan inom länet. Bland annat medverkar specialister från andra sjukvårdsområden direkt i PCI. Detta har gynnsam effekt för rekrytering till länets två övriga akutsjukhus.

3.3 Styrning av vårdkedjan

Organisationen för processtyrning och vårdprogram har beskrivits ovan, med MPG i samarbete och med tydligt ansvar för ekonomi och verksamhet. Eftersom bilden av hur vårdkedjan styrs framställs på olika sätt i olika delar av organisationen ges här en redovisning av hur styrningen är tänkt att ske speglad mot vad som faktiskt förefaller ske.

Dessa beskrivningar utgår från synsättet att en revision kräver jämförelse mellan "karta och verklighet".

3.3.1 Vårdkedjans styrning 1: Enligt Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Beslutsordningen för vårdprogram, som styr vad som händer i vårdkedjan, beskrivs av planeringsdirektören vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen enligt följande:

1. Vårdprogram (avs. vård för kranskärlssjuka patienter) arbetas fram i Länsgrupp Kardiologi. Lokala riktlinjer och arbetssätt arbetas fram lokalt, vilket innebär att PRG Kranskärl vid Ryhov formulerar och utvecklar lokala arbetssätt för att säkra de mål som anges i vårdprogrammet.
2. MPG Medicin har att fastslå föreslaget vårdprogram. I de delar som rör primärvården samråder MPG Medicin med MPG Primärvård. Efter att man enats om

vårdprogrammet fastslås det i båda programgrupperna. Vid eventuella åsiktskiljaktigheter som ej kan lösas gemensamt av MPG övergår ansvaret för sådan fråga till planeringsdirektören, som fäller avgörandet.

3. Vårdprogrammet är därmed giltigt för hela Landstinget.
4. LG Kardiologi har ansvar för uppföljning. Det innebär också ansvar för korrigering där så erfordras.

I praktiken betyder det att ordförande i LG Kardiologi – tillsammans med övriga experter i gruppen – har betydande (störst) inflytande över vårdprogrammet/ vårdkedjan. Primärvården är i dagsläget inte företräd i gruppen, vilket kan komma att ändras i framtiden.

Genom detta arbetssätt syftar man till läns-gemensamma processer i obrutna vårdkedjor, där vårdprogrammen fastslås i de grupper av organisationen som representerar det samlade medicinska och ekonomiska ansvaret för respektive verksamhet, d.v.s. verksamhetscheferna i de medicinska programgrupperna.

3.3.2 Vårdkedjans styrning 2: Enligt sektionschef

Bilden av hur vårdkedjan styrs bekräftas delvis i intervju med sektionsansvarig kardiolog, tillika ansvarig för PRG Kranskärl, ordförande i Länsgrupp Kardiologi och i den regionala samverkansgruppen inom specialiteten.

Den ordning som förefaller tydlig är dock enligt intervju ej helt välfungerande. De delar som fungerar tillfredsställande är den regionala samverkan och samverkan i LG Kardiologi. I dessa delar upplevs en balans mellan uppdrag och befogenheter.

Sådan balans finns dock inte i de delar av vårdkedjan som berör primärvårdens verksamhet. Var ansvaret för vårdkedjan exakt slutar uppfattas ej klarlagt.

På nivån LG Kardiologi (och PRG Kranskärl) uppfattas det egna ansvarsområdet och mandatet otydligt. Det är inga svårigheter att definiera vårdkedjans ändpunkter. I den del som styrs och säkras internt inom Hjärtsektionen föreligger inga otydligheter. För den del som faller utanför sektionen är de egna befogenheterna mindre tydliga. T ex utformas riktlinjer för kranskärsvården gemensamt för de tre sjukvårdsområdena i LG Kardiologi – med bäring såväl på slutenvård som på primärvård. Samtidigt uppfattas inget tydligt mandat att styra över vad som faktiskt görs inom primärvården i det egna sjukvårdsområdet.

Beslutsgången för hur kranskärsvården ska styras inom primärvården uppfattas – från sektionsansvarigs sida – vara: Expertgrupp Kardiologi och Länsgrupp Kardiologi → MPG Medicin → MPG Primärvård → AKO → primärvårdsläkare. Denna kedja uppfattas otillräcklig i den meningen att den ej innebär kontinuitet när det gäller mandatet: AKO – allmänläkarkonsulten – saknar ledningsuppdrag när det gäller primärvårdsläkarna. Hur MPG Primärvård förvaltar sin del i ansvaret uppfattas oklart.

3.3.3 Vårdkedjans styrning 3: Enligt AKO

Forum för AKO i samarbetet med specialistkliniken är regelbundna möten med klinikchefen. Inga regelbundna möten mellan PRG Kranskärl och vederbörande AKO förekommer enligt uppgift i intervju.

AKO-gruppen – dvs. alla primärvårdsläkare med AKO-uppdrag – träffas en gång per månad. Vid dessa möten tar man upp de nyheter och samarbetsområden som diskuteras med respektive kliniker och lägger fram förslag till AKO-dokument för diskussion och remiss till vårdcentralernas läkare.

Vid ett enskilt sådant AKO-möte kan det röra sig om 5-6 AKO-dokument. Dessa dokument, som inledningsvis är "förslag" eller "under arbete" går efter diskussion i AKO-gruppen ut på remiss till primärvårdens läkare. De tas senare upp igen i AKO-gruppen och antas så småningom till "AKO-dokument", samt läggs ut på intranätet och internet³.

MPG Primärvård anges i intervjun inte ha någon roll i utformning eller antagning av AKO-dokumentet. På direkt fråga om hur AKO-läkaren uppfattade MPG Primärvårds roll gavs svaret att hon som AKO inte "har något samröre" med MPG Primärvård.

Intervjuad AKO (för PRG Kranskärl) uppfattar systemet som välfungerande om än något långsamt. Med den beskrivna proceduren kan det ta flera månader från det tillfälle när AKO gjort en överenskommelse med kliniken tills dess att ett färdigt AKO-dokument är antaget och publiceras.

För hjärtsjukvården finns idag 12 aktuella AKO-dokument (uppdaterad 2007-05-07) antagna och gällande och 1 som är under arbete (ang. ischemi⁴ och förmaksflimmer).

AKO-dokumentens betydelse för det som faktiskt sker uppfattas av tillfrågad AKO som relevant. Det förekommer dock ingen systematisk uppföljning av graden av efterlevnad. Istället tas sådana frågor upp när man uppmärksammar avvikelser från AKO-dokument i hanteringen av sådant som finns "föreskrivet" i dessa.

Rollen som AKO upplevs okontroversiell och tydlig enligt intervju. Det förekommer ringa svårighet att få genomslag för förslag till arbetssätt och metoder. Ett möjligt förbättringsområde skulle kunna vara engagemanget i primärvårdsläkargruppen. Samtidigt visar intervjuad AKO förståelse för att det engagemang som märks nog är det som läkarna har utrymme för i relation till sin arbetsbelastning.

Sammanfattningsvis styrs således vårdkedjan via AKO i följande steg:

1. AKO sammanträder med klinikchefen vid medicinkliniken regelbundet. Nyheter och förändringar i riktlinjer och arbetssätt diskuteras.
2. AKO tar med sig rekommendationer till AKO-gruppen, som utgörs av sjukvårdsområdets samtliga AKO vilka representerar alla vårdcentraler inom sjukvårdsområdet. I AKO-gruppen diskuteras de föreslagna riktlinjerna och går sedan ut på remiss till hela primärvårdsläkargruppen via vårdcentralernas AKO-läkare.
3. Efter diskussion och samråd återförs förslaget till AKO-gruppen och antas så småningom där som ett s.k. AKO-dokument. Detta dokument har status som riktlinjer för primärvårdsläkarna och offentliggörs via intranät och internet. Där finns också redovisat vilka nya AKO-dokument som finns inne i proceduren

³ www.lj.se/ako

⁴ Ischemi= beteckning på sjukdomar och symptom med koppling till otillräcklig cirkulation i hjärtats kranskärl.

och som förväntas antas inom den närmaste tiden samt vilka AKO-dokument som behöver revideras.

3.4 Primärvården i vårdkedjan

När patienter med kranskärslsjukdom skrivs ut från sjukhuset sker det ofta med en inledande period av uppföljning i öppenvård vid specialistkliniken. Därefter överlämnas ansvaret till primärvården.

Ansvaret för patienten överlämnas till primärvården genom att epikris från sjukhuset sänds till patientens vårdcentral. Epikrisen kan åtföljas av instruktion från specialisten om hur det initiala omhändertagandet förslagsvis bör ske, t ex "återbesök inom 4 veckor" eller "besök hos hjärtsjuksköterska inom x veckor".

Vårdcentralernas organisation för vården av hjärtsjuka patienter utgörs av en kombination av primärvårdsläkare och specialutbildade sjuksköterskor. I utredningsarbetet har en kartläggning gjorts med avseende på vilka vårdcentraler som har hjärtsviktssjuksköterska och hur dessa i så fall arbetar. Resultat sammanfattas i nedanstående avsnitt.

3.4.1 Hjärtsjuksköterskor

PRG Hjärtsvikt, en annan programgrupp inom Med.klin., bidrog för flera år sedan till tillkomsten av speciella hjärtsjuksköterskor vid vårdcentralerna i Jönköpings sjukvårdsområde. Dessa sjuksköterskors primära ansvarsområde var uppföljning och kontroll av patienter med hjärtsvikt. Utbildning och delegering av ansvar genomfördes systematiskt i syfte att ge patienterna bättre tillgänglighet och avlasta läkarna inom primärvården parallellt med ett bättre tillvaratagande av sjuksköterskornas tid och kompetens.

Systemet finns kvar ännu. På Landstingets hemsida anges kontaktuppgifter till hjärtsjuksköterska hos alla tolv vårdcentraler i sjukvårdsområdet. Vid närmare efterforskningar genom möten och telefonkontakt i föreliggande granskning visar det sig att aktiviteterna snarast har minskat och att det ser mycket olika ut på sjukvårdsområdets vårdcentraler när det gäller hjärtsjuksköterskor och hur deras kompetens tas tillvara.

Två vårdcentraler svarar att man inte längre har någon hjärtsjuksköterska. Anledningen till att funktionen tagits bort är att patientunderlaget var för litet. *Tre vårdcentraler* har funktionen hjärtsjuksköterska kvar, men anger i intervju att patientunderlaget är begränsat och att sjuksköterskans tid och kompetens inte tas tillvara i den utsträckning som vore möjligt. Resterande *sju vårdcentraler* har funktionen hjärtsjuksköterska i aktivitet, vilken kan se lite olika ut. Ambitionerna är i några fall höga med systematisk styrning, uppföljning och utveckling av samverkan mellan läkare och sjuksköterska.

Patienterna kommer till hjärtsjuksköterskan antingen via en direktremiss från medicinkliniken till sjuksköterskan (och även till läkare) eller via en intern "remiss" från läkare inom vårdcentralen. Sjuksköterskorna har i flera exempel tydligt avgränsade ansvarsområden, t ex för uttitring av läkemedel vid hypertoni i relation till ett beslutat individuellt målblodtryck eller andra variabler som definierats som riskfaktorer eller livsstilsrelaterade måtvärden.

7 av 12 vårdcentraler har således hjärtsjuksköterskor som faktiskt är aktiva med patienter i "egen regi" på det sätt som var planerat.

Vid en vårdcentral arbetar man systematiskt med dokumenterade mål för den enskilda patienten. Målen är individuella och anpassade till den enskilda patienten. Sjuksköterskan hanterar självständigt kontroller och dosjusteringar och får därmed tillfälle att på ett effektivt sätt bidra med sin tid och kompetens. Verksamheten har inte avgränsats till enbart "hjärtsvikt" utan snarare breddats till hjärtsjukdom inklusive hypertoni och sekundärprevention. Samarbetet mellan sjuksköterskan och läkarna gäller här samtliga vårdcentralens läkare och sköterskan har systematiskt 1,5 dagar per vecka avsatt som hjärtsjuksköterska. Arbetssätt och riktlinjer utarbetas systematiskt lokalt inom vårdcentralen med – så som det uppfattats i denna granskning – en god portion hörsamhet för specialistklinikens rekommendationer.

Vid en annan vårdcentral har hjärtsjuksköterskan haft stor betydelse för att kompensera för läkarbrist i samband med att vårdcentralen haft svårigheter att bemanna befintliga läkartjänster. Det har betytt att funktionen fått en starkare roll och sjuksköterskan har "många patienter". Här rör det sig såväl om nya patienter som skrivits ut från medicinkliniken som de "kroniker" som finns inom upptagningsområdet. Specialistklinikens riktlinjer har använts som underlag för valda arbetssätt men i samband med diskussioner bland primärvårdsläkarna kommer man nu delvis att återgå till att snarare följa interna riktlinjer inom primärvården. Intervjuad sjuksköterska uttrycker inte full tillfredsställelse med detta faktum.

Ett par vårdcentraler har en särskilt utsedd sjuksköterska med rollen som hjärtsjuksköterska tydligt identifierad, men där innehållet i verksamheten inte riktigt motsvarar beskrivningen. Det innebär att sjuksköterskan anser sig vara vårdcentralens hjärtsjuksköterska, deltar i gemensamma utbildningsträffar med andra hjärtsjuksköterskor, ansvarar för lokala PM och riktlinjer avseende patientgruppen osv. men har få eller inga "egna" hjärtpatienter. Den förklaring som lämnats vid intervju är att läkarna vid vårdcentralen hittills inte tycks ha hittat lämpliga sätt att ta tillvara på sjuksköterskans kompetens och möjligheter att avlasta dem i vården av hjärtpatienterna. En annan formulering som använts i intervjusvar är att "läkarna har svårt att lämna ifrån sig patienter".

3.5 Statistik

En viss uppfattning av omfattningen av vården för de kranskärlssjuka ges i den statistik som ställts till förfogande av primärvårdsledningen i Jönköpings sjukvårdsområde. Här sammanfattas antal patienter för de vanligaste sjukdomsdiagnoserna per vårdcentral (avseende 2004) och ur materialet har här ett urval med relevans för rapporten tagits fram. Som jämförelse finns statistik från medicinklinikens mer aktuella material i efterföljande tabell. Materialet är ofullständigt och tas med endast som en indikation.

Antal patienter per diagnos och vårdcentral 2004			
	Kranskärlssjukdom	Förmaksflimmer	Hjärtsvikt
Bankeryd	331	saknas	104
Hälsan 2	240	201	186
Rosenlund	146	81	saknas
Öxnehaga	147	saknas	saknas
Råslätt	290	saknas	173
Norrahammar	234	141	saknas
Huskvarna Kungshälsan	305	149	147
Huskvarna Rosenhälsan	272	saknas	saknas
Gränna	270	181	147
Hälsan 1	276	saknas	saknas
Habo	saknas	saknas	saknas
Mullsjö	saknas	saknas	saknas
Totalt	2 511	753	757
Ryhov. Antal patienter på Hjärtmott 2006 ⁵			
	Nybesök	Återbesök	
Läkare	410	1 690	
Hjärtsjuksköterska		1 620	
Hjärtsviktsjuksköterska		330	

3.6 Läkarmedverkan i PRG

En iakttagelse i granskningen 2002 var begränsad medverkan av läkare i processgruppen för kranskärlssjukvård. Detta har förändrats så att gruppen nu förutom sektionschefen har en ST-läkare från hjärtsektionen och en läkare från kliniken för Klinisk fysiologi. Processgruppen består i övrigt som tidigare av flera sjuksköterskor samt även några ytterligare medarbetare inom kliniken, bl a med paramedicinsk kompetens.

3.7 IT-system i sjukvårdsområdet och länet

Primärvården beskrivs vara "helt datoriserad" med all dokumentation i IT-baserade system. Datoriseringen avser dock inte all tidbokning eller remisser, remissvar och kommunikation med slutenvården. Tidbokning och remisser finns delvis inom primärvården.

Den största förändring av IT-användningen kommer att ske när man inför Cambio Cosmic, vilket beräknas ske under 2008-2010, och därmed samlar hela landstinget i

⁵ Siffrorna anger klinikens egen approximation av helårsbasis utifrån faktiska uppgifter avseende v 10 – årets slut 2006.

ett enda system. Detta gäller såväl patientjournaler som övrig dokumentation och kommunikation.

För närvarande finns olika lösningar inom olika delar av vårdkedjan. Sedan 2002 har förbättringar genomförts som innebär en större anpassning till behoven i vårdkedjeperspektivet. Exempel är Pubdoc och "Patientöversikten" som tillsammans ger åtkomst till journaluppgifter via intranätet för primärvården när det gäller slutenvårdspatienter. Det finns även ett system för åtkomst till arkiverade journaler som scannats och kan läsas via intranätet.

Man har även ett IT-baserat system för gemensam vårdplanering med kommunerna ("Meddix") som ersätter tidigare hantering av kommunikation via fax. Användning av e-mail i kommunikationen har också ökat och medverkat till ökad effektivitet i kommunikationen.

Medicinkliniken har under 2006 utvecklat systematiken i IT och bl a tillsatt två heltidstjänster för IT-utveckling och support inom kliniken. Man har även satsat medel för hårdvara inklusive digitala dikteringsmöjligheter.

Till skillnad från vid granskningen 2002 ger idag intervjuerna intryck av att tillgängliga IT-stöd upplevs relevanta och användbara. Bilden är inte helt homogen. Som alltid förekommer också kritiska synpunkter. En kritisk synpunkt som framförts är att det finns alltför många olika system och program samtidigt.

Intranätet som är tillgängligt i alla delar av organisationen skapar i princip tillgänglighet till alla PM och riktlinjer. Den praktiska nyttan av riktlinjer för läkares val av metoder har kommenterats i intervjuer. För läkarna är intranätet inte en praktisk källa till information i det dagliga arbetet med patienterna, systemet är alltför långsamt för att det ska vara rimligt att använda på det sättet. Det innebär att ny information som hamnar där, t ex via AKO, behöver flaggas eller signaleras så att läkare ges möjlighet att hämta kunskap om nyheter vid tillfällen när de inte är upptagna med patienter.

3.8 Patientperspektivet

Ordförande i den lokala avdelningen av Hjärt-och Lungsjukas Riksförbund ger en positiv bild av vårdkedjan. Det finns stor tillfredsställelse med omhändertagandet i allmänhet. Några aspekter lyfts fram särskilt, t ex Hjärtskolan och det nära samarbetet mellan föreningen och Hjärtsektionen i rehabiliteringsfasen. Systematiskt samarbete mellan föreningen och primärvården förekommer inte.

Det rör sig om en åldrad grupp människor, mer än hälften av medlemmarna är 80 år eller äldre.

Vid föregående granskning nämndes som ett förbättringsområde ett mindre väl tillgodosett behov av psykologiskt stöd efter en hjärtinfarkt. Idag förefaller detta inte utgöra något stort problem, åtminstone inte i den utsträckningen att det märks som något man talar flitigt om bland föreningens medlemmar. Ordförande nämner att "man kan höra lite i kulisserna ibland". Bilden tycks vara ljusare i detta avseende än den var 2002.

Beträffande tillgängligheten uppfattas den generellt vara god med ett undantag. Det gäller årliga kontroller som är utsatta att ske en viss månad. Det är vanligt, enligt ordförande, att man inte får sin kontroll förrän 2-3 månader senare.

Steget mellan slutenvård och primärvård kan ibland innebära att "man får vänta lite", men oftast fungerar det smidigt.

Ordförande i länsavdelningen bekräftar bilden.

4 Diskussion och analys

I första delen av detta kapitel samlas och kommenteras granskningens iakttagelser i relation till de tre frågor som utgör uppdragets huvudfrågor. Därefter följer en mer resonerande analys samt avslutande kommentarer och rekommendationer.

4.1 Åtgärder för utveckling av vårdkedjan

Den mest påtagliga förändring som påverkar vårdkedjan är förändringen av MPG:s ansvarsområden. Organisationen för processtyrning är därmed helt annorlunda. Perspektivet är det länsövergripande, ansvaret är samlat hos de personer som genom sin plats i linjeorganisationen har verksamhetsansvar och ekonomiskt ansvar och en beslutsordning när det gäller viktiga styrdokument har upprättats.

Förvaltningsledningens roll i processtyrningen har fått minskad och mindre tydlig betydelse. Flera intervjuade har under granskningsarbetet framhållit osäkerhet kring förvaltningsledningens roll.

De brister som framkom 2002 när det gäller kedjans länkning mellan slutenvård och primärvård har inte varit föremål för specifika åtgärder. AKO-systemet förefaller fungera ungefär som det gjorde vid tiden för föregående granskning och primärvårdens autonomi i relation till specialistvården vid Ryhov synes oförändrad.

Med den nya ansvars- och beslutsordningen för styrningen av processer finns förväntningar på att man i länet ska uppnå ett övergripande läns-gemensamt system med vårdprogram och riktlinjer. Dessa ska anpassas till lokala förhållanden i samverkan mellan de lokala verksamhetsföreträdarna.

Systemet tycks dock inte ännu ha fått riktigt genomslag i verksamheten. Detta visas i två iakttagelser:

1. AKO är uppenbarligen inte medveten om att vårdprogram ska antas i MPG Primärvård och inte i AKO-gruppen. På direkt fråga om MPG Primärvårds roll i samverkan mellan slutenvård och primärvård blev svaret att MPG inte hade någon roll i detta och att AKO inte lagt märke till att gruppen på något sätt var inblandad i utvecklingen av gemensamma vårdprogram. Uttrycket "inget samröre" användes för att beskriva relationen mellan AKO och MPG Primärvård.
2. Sektionschef vid Hjärtsektionen konstaterar i det praktiska samarbetet att situationer med skillnader i uppfattningar inte finns inom hans befogenheter att åtgärda. Ett mycket färskt exempel har kunnat ses under våren 2007, då flera PV-läkare valde att öppet ifrågasätta Hjärtsektionens rekommendationer om provtagning och hantering av förhöjda blodfetter. Detta må vara ett enskilt exempel på att enstaka läkare väljer att debattera i media, men bilden av konflikt har bekräftats även i de

intervjuer med företrädare för vårdcentraler som ingår i detta uppdrags underlag. Ett typiskt citat ur intervju är: "Man tror att man kan styra genom ett dokument som man skickar ut".

Samtidigt ges av flera intervjuade uttryck för att det trots oklarheter i ansvar och befogenheter finns ett huvudsakligen välfungerande samarbete. Det är till exempel inte ovanligt att representant för PRG Kranskärl medverkar i möten med vårdcentraler och diskussioner om arbetssätt och vårdriktlinjer. I de allra flesta fall löser man frågorna gemensamt och i samförstånd. Det är i enstaka situationer när man inte når enighet som otydlighet i ansvar och befogenheter märks.

Oklarheten kring ansvar och befogenheter upplevs från båda hållen: slutenvårdens och primärvårdens företrädare har båda gett uttryck för denna bild. Ytterligare ett exempel på oklarhet som framkommit i intervju är att instruktioner angående nya IT-system kommer från landstingets IT-förvaltning, trots att klinikens närmast ovanför placerade ledningsnivå är förvaltningsledningen. Ett annat är givetvis den praxis som finns att kardiologin "passerar" en ledningsnivå i rapporteringen från LG Kardiologi till Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Engagemanget hos medarbetare och ansvariga kan påverkas negativt av oklarheter i ansvar och befogenheter. Det finns därmed en risk att landstinget får svårighet att behålla personer i nyckelpositioner som upplever hinder av denna karaktär.

Det är därför viktigt att förtydliga de förhållanden som idag upplevs otydliga.

Sammantaget konstateras att kraftfulla åtgärder har vidtagits för länsgemensamma vårdprogram i styrningen av vårdprocesser, men att dessa åtgärder synes ej ännu ha fått effekt i verksamheten.

4.2 Så fungerar vårdkedjan idag

Flertalet intervjuade ger uttryck för välfungerande samarbete i rutinarbetet kring patienter med kranskärlssjukdom. Det finns personkännedom och det finns inarbetade rutiner för hur man får tillgång till behövlig information, hur man konsulterar vid behov osv.

Hjärtsjuksköterskorna är en resurs som tas tillvara på ett effektivt sätt vid flera vårdcentraler, men inte vid samtliga. Det finns hos dessa sjuksköterskor en uttalad vilja och ambition att ta hand om fler patienter, så som det var tänkt när systemet byggdes upp. Kompetensutveckling och konstruerandet av arbetssätt har varit satsningar som var ägnade att ge ökad tillgänglighet till patienter parallellt med ett effektivt resursutnyttjande. Granskningen ger intryck av att det finns utrymme att i större utsträckning ta vara på den resurs som finns och därmed ytterligare förbättra tillgängligheten till läkarmottagningarna när dessa avlastas.

Signaler från primärvården om hög belastning och obalans mellan tillkomst av nya eller utvidgade uppdrag och tillkomst av nya resurser har förekommit relativt ofta i kontakterna med dess företrädare. "Vi får mer att göra men vi får inte ta bort något och vi får inte mer resurser". Ett exempel som nämnts är ökad andel patienter inom kranskärlsvården som kommer för uppföljning inom primärvården. Många som tidigare sköttes via underläkarmottagning på specialistkliniken går nu i en tidigare fas av vårdkedjan till vårdcentraler.

Tillgängligheten, ett av landstingets mest prioriterade värden, har berörts i kontakterna med vårdcentralerna. Bilden är att det är en god tillgänglighet och dessutom att man i många fall har rutiner för att kalla patienter till det första besöket efter utskrivning från sjukhuset. Kallelseförfarandet används systematiskt vid 7 vårdcentraler och delvis vid ytterligare 2. Genom detta förfarande bidrar man till goda förutsättningar för att patienten upplever vården som en sammanhängande kedja. Detta bekräftas huvudsakligen i intervju med patientföreningens företrädare.

4.3 Om läkarmedverkan i PRG

De två övriga huvudfrågor som ingår i uppdraget att belysa är hur man förändrat läkarmedverkan i PRG Kranskärl respektive hur IT-systemen har anpassats för att bättre stödja samverkan i vårdkedjan.

Beträffande läkarmedverkan så är situationen förbättrad idag jämfört med 2002. Då fanns ingen läkare, utöver sektionschefen, som medlem i PRG Kranskärl. Idag finns såväl en av klinikens egna läkare som en specialist vid Klin Fys i gruppen. Detta gagnar flera aspekter. Dels ges förutsättningar för ytterligare delaktighet från det berörda läkarkollektivet inom sektion och klinik. Dels tillförs nödvändiga perspektiv i diskussionen av hur vården utformas och utvecklas.

4.4 Om IT idag

När det gäller IT har en hel del skett sedan 2002. Nu finns tillgång till samma journaluppgifter i slutenvården och primärvården via intranätet. Det finns också idag större möjligheter att kommunicera information via detta.

Synpunkterna på IT varierar. De flesta förefaller huvudsakligen nöjda med hur det är och med vetskapen att ett helt nytt system kommer att introduceras inom några år. I några fall finns starkt kritiska synpunkter på att IT-systemen utgörs av ett lappverk av mindre välfungerande system. Sammantaget är bilden att IT har utvecklats på ett positivt sätt i relation till vårdkedjans behov sedan granskningen 2002 och att ytterligare förbättringar är att vänta när det nya heltäckande systemet införs generellt i landstinget inom tre år.

4.5 Avslutande analys och diskussion

Uppdraget att följa upp hur vårdkedjan för kranskärlssjuka i Jönköpings sjukvårdsområde har syftat till att visa om de förbättringsområden som identifierades vid granskningen 2002 har åtgärdats. Rapporten redovisar

- förändringar med betydelse för vårdkedjan i organiseringen av processtyrning (MPG under ledning av Hälso- och sjukvårdsavdelningen)
- förändringar i verksamheten (akut PCI m.m.)
- förändring i PRG Kranskärls läkarmedverkan
- förändringar i IT-systemen
- hjärtsjuksköterskornas roll vid vårdcentralerna.

Strukturen för processtyrning förefaller vara den aspekt som är mest intressant att diskutera i den avslutande analysen. Många intervjuade har under arbetets gång

kommenterat oklarhet eller gett uttryck för bristfällig kunskap om vad som gäller. Det är ett välkänt faktum att definitioner av ansvarsområden och därtill hörande befogenheter i en organisation är av synnerligen stor betydelse för hur verksamheten fungerar, inte minst i samband med förändringar av verksamhet och införande av nya metoder.

Åtgärden att skapa en länsgemensam plattform för processtyrning bör ses positivt. Förutsättningarna för en sammanhållen verksamhet i hela landstinget bör vara goda, trots vissa skillnader mellan de tre sjukvårdsområdena. En tänkbar utveckling skulle kunna vara att förvaltningarna också slås samman i framtiden. I dagsläget finns flera hållpunkter för att den egna förvaltningsledningens roll kommer att minska i betydelse. Hur läget är i de båda övriga sjukvårdsområdena i detta avseende har inte berörts här och är inte känt för författaren.

Tanken att samla processledningen hos verksamhetscheferna via MPG bygger på ambitionen att ta vara på kombinationen av medicinskt och ekonomiskt ansvar i syfte att processledningen ska anpassas till vad som är möjligt. Men systemet tycks ha vissa aspekter oupplärade. Verksamhetschefer riskerar hamna i en svårlöst lojalitetskonflikt i relation till sina båda uppdragsgivare – förvaltningsledningen respektive planeringsdirektören vid HS-avdelningen. I ena fallet handlar det om verksamhet och ekonomi inom den egna kliniken, i det andra om det länsgemensamma uppdraget med vårdprogram i MPG. Konsekvensen är osäkerhet om vem som egentligen fattar beslut om vad.

För den del av vårdkedjan som utgör gränssnitt och övergång mellan slutenvård och primärvård finns en välstrukturerad beslutsgång via LG Kardiologi → MPG Medicin → MPG Primärvård → AKO → Vårdcentralerna. Det är så styrningen och säkringen av vårdkedjan är tänkt att fungera. Det innebär t ex att sektionschefen vid Hjärtsektionen fattar beslut om vårdprogram och detaljer i vårdprogram, att detta antas i MPG Medicin och vidare i systemet.

Den uppföljning av efterlevnad och medicinsk kvalitet som också åligger den ansvarige för PRG Kranskärl kan resultera i att det behöver vidtas åtgärder för att förändra arbetssätt som inte följer vårdprogrammet. För att ansvarig för PRG Kranskärl ska kunna besluta om arbetssätt vid vårdcentralerna behövs ett tydligt mandat att ge direktiv till primärvårdsläkarna. Detta mandat finns, enligt den beskrivna beslutsordningen via MPG. Mandatet finns inte, enligt den beskrivning som ges av ansvarig för PRG Kranskärl, tillfrågade primärvårdsläkare respektive AKO-läkaren.

Här råder en uppenbar oklarhet som har ringa eller ingen betydelse i de allra flesta fall. Men, när det finns skiljaktig syn på hur vården ska utföras uppstår problem som är svåra att lösa.

Linjeorganisationens roll i styrningen av processen behöver förtydligas. Om ansvaret för vårdkedjans alla delar – inklusive primärvårdens arbetssätt när det gäller de medicinska aspekterna av kranskärsvård – ska finnas hos en PRG-ansvarig, så behöver detta slås fast på ett entydigt sätt hos alla berörda parter. Så är inte fallet idag.

4.5.1 Slutsatser

Vårdkedjan är välfungerande tack vare ett gott samarbetsklimat och personliga kontakter och trots brister i organisationens definitioner av ansvar och roller. Betydelsen av dessa brister kan vara avsevärd, om det får konsekvensen att engagerade medarbetare

re tröttnar på att hamna i konflikt om vem som bestämmer vad och beslutar sig för att göra något annat.

Landstingets satsning på hjärtsviktssjuksköterskor/hjärtsjuksköterskor i primärvården har inte tagits tillvara på det sätt som var avsikten vid flera av sjukvårdsområdets vårdcentraler. Det kanske inte behöver bedömas som slöseri med resurser, men utgör ändå ett icke optimalt användande av resurser, ambitioner och kompetens.

Uppföljningen av vårdkedjan för kranskärl avslutas med rekommendationen att:

- Förtydliga förvaltningsledningens roll i relation till Hälso- och sjukvårdsavdelningens när det gäller processtyrning
- Förtydliga rollfördelningen i styrning och säkring av vårdkedjan för kranskärlssjuka så att det blir möjligt för den som har vårdkedjeansvaret att ta detta ansvar
- Förtydliga direktiven angående verksamheten hos primärvårdens hjärtsjuksköterskor så att kompetens och ambitioner tas tillvara optimalt.

4.5.2 Avslutande reflektion om vårdkedjor

En helt annan reflektion rör värdet av vårdkedja, som form att organisera och betrakta vården:

För den som har *en diagnos* är vårdkedjan en lämplig modell. Men för den med *flera diagnoser och komplicerande faktorer* behövs kanske en annan modell. Flera sjukdomar samtidigt och andra komplicerande faktorer som hög ålder, allmän skröplighet, sviktande minne och förvirring vid förändringar bidrar till behovet av en tydligare fokus på *patienten* snarare än på vården. En situationsanpassad och flexibel modell att samla rätt vårdresurser vid rätt tillfälle blir då viktigare än att samverkansformer och arbetsätt är ensade mellan olika länkar i en sammanhängande vårdkedja, som utgår från en viss diagnos. För den multisjuka äldre blir den processtyrda vården därför inte säkert rätt process.