

**Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård
Implementeringen i fyra landsting och regioner**
- Andra delen av utvärderingen

Peter Garpenby

Per Johansson

PrioriteringsCentrum

2007:5

ISSN 1650-8475

FÖRORD

Jag anser att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för olika sjukdomar är det viktigaste pågående projektet för att skapa bättre förutsättningar för mer öppna prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård. Det var därför intressant att få ta del av resultatet från denna andra del av utvärderingen av riktlinjerna för hjärtsjukvård. Resultatet avslöjar att införandet av riktlinjerna delvis är framgångsrikt på så sätt att de röner en allt bredare acceptans. Vidare börjar de användas som ett självklart underlag för prioriteringsbeslut på ”kliniknivån”. Detta sker visserligen på lite olika sätt i de områden som studerats men på det hela taget är bilden entydig. Bilden är omvänt lika entydig när det gäller användningen och styrkraften av riktlinjerna på den ”politiska nivån”. Där har riktlinjer ännu inte börjat användas som beslutsstöd på ett rutinmässigt sätt. Författarna spekulerar i att det gått alldeles för kort tid för att åstadkomma en sådan förändring. En annan möjlig förklaring jag kan tänka mig är att resursfördelningsbeslut som politikerna är involverade i inte uppfattas gälla enskilda åtgärder och därför bör inte heller vertikala prioriteringar beröra den politiska beslutsnivån. Mot detta talar att det visst fattas många beslut som inbegriper prioriteringar av enskilda behandlingar. Inte sällan tvingas landstingsledningarna tillföra extra resurser när nya metoder ställer krav på tillskott.

Om det är som jag tror att det visst finns ett behov av den här typen av underlag som riktlinjerna representerar på alla nivåer så måste vi fundera på hur dessa ska utformas och anpassas till de beslutsprocesser som politikerna är involverade i. Jag tror inte att hela ansvaret att fundera på detta ska läggas på Socialstyrelsen utan ett stort ansvar faller på dem som arbetar med utveckling av styrsystemen i landsting och regioner. Ur metodsynpunkt bör skillnaden i begreppen horisontella och vertikala prioriteringar tonas ned. Jag tror nämligen att både horisontella och vertikala prioriteringar bör ske med hjälp av information där man någorlunda väl definierat sina målgrupper och man är överens om vilka åtgärder man överväger. Liksom att man bör grunda sina beslut på fakta och värderingar utifrån allmänt accepterade etiska principer. En principmodell för horisontella prioriteringar borde inte skilja sig från den som används vid vertikala prioriteringar. Den stora skillnaden ligger antagligen i själva processen och vilka aktörer som är involverade.

Jag ser med stor nyfikenhet fram mot att följa implementeringen av den reviderade versionen av hjärtriktlinjerna. Det finns visserligen inga konkreta planer på en tredje utvärderingsomgång men frågan om en sådan studie kan aktualiseras om det finns ett sådant intresse.

Linköping, november 2007 Per Carlsson

FÖRFATTARNAS FÖRORD

Den aktuella studien påbörjades 2003 som ett uppdrag från Socialstyrelsen att följa genomförandet av de första nationella riktlinjer som tagits fram för att tjäna som stöd för prioriteringar. Uppdraget har hela tiden varit en stimulerande utmaning eftersom det berör så många olika aspekter av svensk hälso- och sjukvård som mål och medel för verksamheten, resursanvändning, relationer mellan aktörer, styrsystem och organisation. Redan tidigt stod det klart att Nationella riktlinjer kan uppfattas som något mycket mer än ”traditionella” kliniska riktlinjer som det finns gott om i alla sjukvårdssystem världen över. För att förstå hanteringen av nationella riktlinjer måste man ha god insikt i olika förhållanden hos mottagarorganisationen. Man blir beroende av att få ta del av både kunskaper och uppfattningar bland många kategorier verksamma i landsting/region. Vi vill därför rikta ett tack till våra kontaktpersoner och till alla intervjupersoner (som är anonyma i denna studie). Ni har hjälpt oss med praktiska arrangemang och visat intresse för vår studie och avsatt tid för intervjuer.

I rapporten förekommer en del förkortningar – förklaringar till dessa finns i Bilaga 1 i slutet av rapporten.

Linköping, november 2007

Peter Garpenby

Per Johansson

SAMMANFATTNING

Denna rapport utgör andra delen i en undersökning av hur fyra landsting och regioner påverkas av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (NRH) i den version som publicerades 2004. De landsting och regioner som ingår i studien är Landstinget Sörmland, Landstinget Västernorrland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Undersökningen är utförd av PrioriteringsCentrum på uppdrag av Socialstyrelsen.

Syftet är inte att förstå tillämpningen av NRH i klinisk verksamhet (i patientärenden) utan inom organisationen, genom samspelet mellan politik, administration och profession. I rapporten redovisas situationen under första halvåret 2007 och en analys sker av hela implementeringsprocessen under perioden 2004-2007.

Den information som ligger till grund för rapporten har främst inhämtats genom individuella intervjuer. Sammanlagt har under perioden december 2006 till och med juli 2007 genomförts 45 intervjuer.

När Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (NRH) publicerades första gången 2004 utgjorde de en helt ny typ av dokument med en ambition att påverka såväl klinisk som politisk beslutsnivå hos sjukvårdshuvudmännen. Avsikten är att Nationella riktlinjer ska föra samman beslutsfattare på olika nivåer i landsting/region och resultera i mer likformig praxis och systematiska och öppna prioriteringar och därigenom föra sjukvården närmare målet en likvärdig och effektiv vård för befolkningen. Socialstyrelsen anger – som vi uppfattar det – tre medel som är viktiga för att förverkliga avsikterna bakom Nationella riktlinjer. Dessa är: (a) lokala och regionala vårdprogram, (b) dialog mellan olika aktörer och (c) systematiska och öppna prioriteringar.

I rapporten analyseras implementeringsprocessen ur ett aktör-strukturperspektiv och fördelningen av ansvar utifrån en teori om aktörers uppfattningar av mål och medel. Hur förutsättningarna i den mottagande organisationen (landstingen/regionerna) har påverkat implementeringen av NRH diskuteras också, liksom vilka förändringar som anknyter till NRH som kan observeras.

Aktör-Struktur

- Strukturella förändringar har inverkat på implementeringen av NRH, såsom övergången från geografisk förvaltningsorganisation till landstingsövergripande divisioner i Landstinget Sörmland. Inom Region Skåne och Västra Götalandsregionen kom implementeringen tidsmässigt att sammanfalla med strukturförändringar som påverkat förutsättningarna inom de studerade sjukhusen. Under implementeringen har förekomsten av det norrländska regionförbundet som struktur påverkat hanteringen av NRH inom Landstinget Västernorrland.

Ansvar

- Var i organisationen ansvaret för implementeringen placeras beror på hur olika aktörer uppfattar mål och medel. I inledningsskedet av genomförandet 2004 såg vi tecken på en *experimentell implementering* av NRH. Ansvaret hamnade långt ner i organisationen – främst på verksamhetsnivå – och det fanns stora skillnader i landstingens/regionernas agerande. Jämför vi perioden 2004 till 2007 kan vi konstatera att det på tre år faktiskt skett en hel del förändringar i implementeringsprocessen i samtliga landsting/regioner. Vi bedömer dock att genomförandet av NRH under 2007 i huvudsak sker inom ramen för en experimentell implementering. Aktörsgrupperna i samtliga landsting/regioner sluter upp bakom mål och medel för NRH men uppfattar dem fortfarande som diffusa och vaga. Aktiviteterna utspelas alltså på en låg nivå inom respektive landsting/region.
- Anledningen till att ansvaret för genomförandet av NRH inte flyttats till mer central nivå kan vara att tiden som förflutit har varit för kort. Det kan också bero på att medlet om öppna prioriteringar är konfliktfyllt ur politiskt hänseende.

Passform

- De styrsystem för resursfördelning som tillämpas inom de studerade landsting/regionerna har enligt vår uppfattning svårt att hantera ändrade förutsättningar som kan uppstå genom innehållet i nationella riktlinjer. Det är inte självklart var i systemet prioriteringar ska ske – i regel sker de långt ner i organisationen – och nya ställningstaganden om resurstillskott eller omfördelningar av resurser mellan verksamheter är svåra att hantera med nuvarande styrsystem.

III

- Vi har uppmärksammat att konferenser kring nationella riktlinjer förekommer i sjukvårdsregionernas regi där olika aktörer deltar och där Socialstyrelsen medverkar. Vi bedömer dock att 2004 års version av NRH inte blev föremål för den typen av konferenser som senare har utvecklats.
- Det är förekomsten av samarbete inom den medicinska professionen som har varit mer avgörande än särskilda projekt för att arbeta med systematiska prioriteringar. Det går inte att påstå att Västra Götaland, som på papperet har hållit på längre än Region Skåne med systematiska vertikala prioriteringar, har varit mer framgångsrik i att genomföra innehållet i NRH.

Förändringar

- I ett första skede (2004) fann vi förändringar som påverkade sammansättningen av vården (på en klinik eller mellan sjukhus) eller att ändra i befintliga lokala vårdprogram. När läget 2007 undersöktes fann vi att landsting/regioner hade börjat tillämpa nya metoder eller var på gång att införa sådana. Det gällde då vårdprogram som avser hela landsting/regioner eller t o m hela sjukvårdsregioner där flera landsting/regioner samverkar. På en del håll hade påbörjats uppbyggnaden av mottagarorganisationer för nationella dokument som även omfattar utarbetandet av en standard för hur vårdprogram kan knytas till landstingens resursbeslut.
- Om de observerade förändringarna relateras till de medel som Socialstyrelsen nämner i anslutning till Nationella riktlinjer, ser vi att lokala och regionala vårdprogram förefaller minst komplicerade att åstadkomma – de förutsätter dock samarbetsformer inom professionen. Dialog mellan aktörer förefaller vara ett större problem på grund av styrsystem som förekommer i landsting/regioner men håller i viss mån på att utvecklas genom arbete på sjukvårdsregionnivå (även om detta inte påverkat NRH av version 2004).
- Öppna prioriteringar på landstingsnivån och särskilt horisontella sådana, som förutsätter politiska beslut, är betydligt svårare att åstadkomma. Det kräver att utvecklingsarbetet som förstärker dialogen blir framgångsrikt. Vi ser inte några inslag av större öppenhet i anslutning till NRH – att allmänheten får information om hur landsting/region avser att avväga sina resurser.

Slutsatser

- Efter intervjuerna 2004 kunde vi i den första rapporten konstatera att den professionella verksamheten och den politiskt-administrativa delen av landsting/region inte befann sig i fas med avseende på kunskap om och förståelse för vad NRH innebär för organisationen. Tre år senare är inte gapet i kunskap lika stort.
- Vi har kunnat iaktta hur NRH främst har hanterats av den medicinska professionen, lokalt eller i olika sammanslutningar (expertgrupper, arbetsgrupper). När sådana grupperingar fungerar väl kan de utveckla avsevärd kraft för koordinering av sjukvårdens resurser. Det går att hantera delar av implementeringen av nationella riktlinjer inom professionella nätverk, men det kommer en punkt där prioriteringar i form av omfördelning och eventuella resurstillskott blir ofrånkomliga. Då måste också den politiska-administrativa ledningen ha tillräcklig kapacitet för att hantera situationen mer systematiskt.

INNEHÅLL

1. INTRODUKTION.....	1
1.2 SYFTE.....	1
1.2.1 Övergripande frågeställningar	1
1.3 UPPDRAGET	1
1.3.1 Uppdraget över tiden	2
1.4 URVAL AV FALL.....	2
1.4.1 Anonymitet eller inte vid redovisning av fallen	2
1.5 KONTAKTER	3
1.5.1 Tillgängligheten till fallen.....	3
1.6 INSIDER-OUTSIDER-PROBLEMATIKEN	4
1.7 MATERIALET OCH ANALYSEN	5
2. NATIONELLA RIKTLINJER.....	6
2.1 BAKGRUND.....	6
2.2 UTVECKLINGEN AV DE FÖRSTA NATIONELLA RIKTLINJERNA FÖR HJÄRTSJUKVÅRD.....	7
2.3 IMPLEMENTERINGEN AV 2004 ÅRS NATIONELLA RIKTLINJER	10
2.4 REVIDERINGEN AV HJÄRTRIKTLINJERNA.....	12
3. TEORETISK RAM.....	14
3.1 IMPLEMENTERING.....	14
3.2 TEORETISKT RAMVERK FÖR UNDERSÖKNINGEN	15
3.2.1 Faktorer för passform mellan NRH och landsting/region.....	15
3.2.2 Ansvarsfördelningen vid implementering av NRH	16
3.2.3 Implementeringsprocessen utifrån ett aktör-strukturperspektiv.....	17
3.2.4 Förändringsprocesser	18
4. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR PASSFORM.....	20
4.1 LANDSTINGET SÖRMLAND.....	20
4.1.1 Organisationsförändringar och styrformer	20
4.1.2 Arbete med systematisk prioritering	21
4.1.3 Faktorer som påverkar organisationens kapacitet.....	22
4.2 REGION SKÅNE.....	23
4.2.1 Organisationsförändringar och styrformer	23
4.2.2 Arbete med systematisk prioritering	25
4.2.3 Faktorer som påverkar organisationens kapacitet.....	25
4.3 LANDSTINGET VÄSTERNORRLAND	26
4.3.1 Organisationsförändringar och styrformer	26
4.3.2 Arbete med systematisk prioritering	27
4.3.3 Faktorer som påverkar organisationens kapacitet.....	28
4.4 VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	29

4.4.1	<i>Organisationsförändringar och styrformer</i>	29
4.4.2	<i>Arbete med systematisk prioritering</i>	30
4.4.3	<i>Faktorer som påverkar organisationens kapacitet</i>	31
5.	ANSVAR VID REGIONAL/LOKAL IMPLEMENTERING	32
5.1	LANDSTINGET SÖRMLAND	32
5.2	REGION SKÅNE	33
5.3	LANDSTINGET VÄSTERNORRLAND	35
5.4	VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	37
6.	IMPLEMENTERINGSPROCESSEN	40
6.1	LANDSTINGET SÖRMLAND	40
6.1.1	<i>Aktiviteter vid sjukhuset</i>	41
6.1.2	<i>Aktiviteter i primärvården</i>	43
6.2	REGION SKÅNE	44
6.2.1	<i>Aktiviteter vid sjukhuset</i>	47
6.2.2	<i>Aktiviteter i primärvården</i>	47
6.3	LANDSTINGET VÄSTERNORRLAND	48
6.3.1	<i>Aktiviteter vid sjukhuset</i>	49
6.3.2	<i>Aktiviteter i primärvård</i>	49
6.4	VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	50
6.4.1	<i>Aktiviteter vid sjukhuset</i>	51
6.4.2	<i>Aktiviteter i primärvården</i>	52
7.	DISKUSSION AV RAPPORTENS RESULTAT	53
7.1	DISKUSSIONENS DISPOSITION	53
7.2	TOLKNING AV SKEENDET ÖVER TIDEN (2004-2007)	53
7.2.1	<i>Implementeringsprocessen</i>	53
7.2.2	<i>Ansvar för implementering</i>	57
7.2.3	<i>Passform</i>	59
7.3	FÖRÄNDRINGAR I ANSLUTNING TILL NRH MELLAN 2004 OCH 2007	62
8.	SLUTSATSER	66
	REFERENSER	69

1. INTRODUKTION

Denna rapport utgör andra delen i en undersökning av hur fyra landsting och regioner påverkas av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (NRH). Undersökningen är utförd på uppdrag av Socialstyrelsen av PrioriteringsCentrum, som är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg.

1.2 Syfte

Syftet är att genom en jämförande fallstudie beskriva och analysera förutsättningarna i fyra landsting/regioner att implementera Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (version 2004). Syftet är dock inte att förstå tillämpningen av NRH i klinisk verksamhet (i patientärenden) utan inom organisationen, genom samspelet mellan politik, administration och profession. I rapporten redovisas situationen under första halvåret 2007 och därefter sker en analys av hela implementeringsprocessen under perioden 2004-2007. De landsting och regioner som ingår i studien är Landstinget Sörmland, Landstinget Västernorrland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

1.2.1 Övergripande frågeställningar

De frågeställningar vi utgått ifrån är:

- Hur agerar de aktuella landstingen och regionerna under första halvåret 2007 med anledning av NRH?
- Hur påverkas olika aktörer av den organisatoriska kontexten (den struktur) de ingår i?
- Hur påverkas ansvarsfördelningen för implementeringen av olika uppfattningar om mål och medel för de nationella riktlinjerna?
- Hur påverkar förutsättningarna (passformen) i de fyra landstingen och regionerna möjligheten att ta till sig innehållet i NRH?
- Vilken typ av förändringar i anslutning till NRH kan observeras under perioden 2004 till 2007?

1.3 Uppdraget

Uppdraget regleras genom ett avtal mellan PrioriteringsCentrum och Socialstyrelsen från den 20 november 2003. I avtalet anges att PrioriteringsCentrum genom en intervjustudie ska kartlägga hur riktlinjerna omsätts lokalt i praktiken. Avsikten är att undersöka vilka förutsättningar som finns att omsätta Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård, samt beskriva förändringar som kan relateras till riktlinjerna.

I avtalet nämns även vilka huvudmän som ska ingå i studien, nämligen Landstinget Sörmland, Landstinget Västernorrland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. PrioriteringsCentrum har haft stor frihet att utforma studiedesignen.

För den aktuella studien svarar Peter Garpenby (projektledare) och Per Johansson (doktorand). Peter är anställd vid PrioriteringsCentrum och Per är doktorand vid Linköpings universitet och knuten till PrioriteringsCentrum.

1.3.1 Uppdraget över tiden

Under första halvåret 2004 genomfördes den första delen av undersökningen som beskriver en mycket tidig fas av implementeringen av NRH. Den finns redovisad i rapportform (Garpenby, Andersson, Junker 2005). Under perioden december 2005 till mars 2006 genomfördes en mindre uppföljning varvid tio personer intervjuades. Den är redovisad endast som intern-PM från PrioriteringsCentrum till Socialstyrelsen och finns inte publicerad. I slutet av 2006 påbörjades en större uppföljning av genomförandet där huvuddelen av datainsamlingen skedde under första halvåret 2007.

1.4 Urval av fall

De fyra landsting/regioner som ingår i studien valdes ut efter förutbestämda kriterier. Urvalet skedde efter diskussioner mellan Socialstyrelsen och PrioriteringsCentrum. Dessa kriterier är sjukvårdshuvudmannens befolkningsstorlek; tillgång till universitetssjukhus; geografiskt läge och inslag av systematiskt prioriteringsarbete. Urvalet påverkades dessutom av intresset bland landsting och regioner att ingå i studien (några av de först tillfrågade huvudmännen valde av olika anledningar att tacka nej). Socialstyrelsen ansvarade för alla kontakter med huvudmännen under urvalsprocessen.¹

1.4.1 Anonymitet eller inte vid redovisning av fallen

Det är varken möjligt eller önskvärt att dölja ”fallen” i denna studie. De fyra landstingen och regionerna har frivilligt valt att medverka i undersökningen. Några krav på anonymitet på denna nivå har aldrig framförts – tvärtom har huvudmännen uttryckt ett intresse för att ingå i studien. Vårt syfte är inte att göra någon bedömning av respektive huvudman utan att förstå förutsättningarna för att tillgodogöra sig riktlinjerna.

¹ För en diskussion av konsekvenserna av urvalet se Garpenby, Andersson och Junker 2005.

Vi har valt att inte redovisa namnen på de personer i olika befattningar som har intervjuats och anger därför endast kategorier av intervjuade i anslutning till varje huvudman (vi kan inte se någon anledning att offentliggöra namnen varför vi utlovat full anonymitet till de intervjuade).

1.5 Kontakter

Några särskilda villkor för att få tillträde till respektive landsting och region har inte förelagts oss. PrioriteringsCentrum uttryckte tidigt en önskan att varje landsting och region skulle utse en kontaktperson för projektet och så skedde också. De personer som har varit våra kontaktpersoner under den senare uppföljningen är:

Landstinget Sörmland: Lennart Persson

Landstinget Västernorrland: Bo Enheim

Region Skåne: Rita Jedlert

Västra Götalandsregionen: (vakant)

1.5.1 Tillgängligheten till fallen

PrioriteringsCentrum hade från början uppfattningen att ett större sjukhus av typen ”länsjukhus”, med resurser inom kardiologi, borde väljas ut inom varje landsting/region – för att möjliggöra jämförelser. Under ett förberedande skede 2004 skedde i samarbete med respektive landsting/region ett urval av sjukhus.² I Landstinget Sörmland valdes Mälarsjukhuset i Eskilstuna (MSE), i Landstinget Västernorrland beslutades att Sundsvalls sjukhus skulle ingå i studien och för Region Skåne beslutades att Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK) skulle delta, medan valet i Västra Götaland föll på Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) i Borås.

Genom att anknyta till de kontakter som skapades 2004 var det relativt lätt att påbörja uppföljningen 2006-07. Med hjälp av kontaktpersonerna eller på egen hand har vi sökt efter informanter inom de kategorier som användes i den första studien (politiker, administration, medicinsk ledning och professionsnätverk). Vid den första undersökningen 2004 intervjuades även ”vårdpersonal” vid kardiologmottagning och vårdavdelning (läkare utan ledningsfunktion, sjuksköterskor och sjukgymnaster). Vi hade då föreställningen att det var bäst att förstå implementeringen av NRH genom att arbeta från verksamheten och uppåt i organisationen (”bottom-up ansats”). Efter analysen av den tidigare datainsamlingen stod det dock klart att denna ansats inte var särskilt fruktbar. Vi beslutade därför att till den senare omgången endast intervjua personer i kategorierna politik, administration, medicinsk ledning och professionsnätverk.

² Processen finns beskriven i Garpenby, Andersson och Junker 2005.

Avseende urval av intervjupersoner har vi arbetat på följande sätt: vi har sökt efter personer med viss funktion (sektionschef, verksamhetschef, ordförande i politisk nämnd etc) och då är urvalet givet. I de fall detta har varit möjligt har vi sökt träffa samma personer som vi mötte 2004.

I den politiska organisationen har dock ganska stora förändringar skett på grund av skifte i politisk majoritet eller att personer lämnat sina uppdrag. Vi sökte efter personer i politiska nämnder med ansvar för hälso- och sjukvården, med ambitionen att hitta två informanter; en från majoriteten och en från oppositionen. Med ledning av vad som framkommit i de inledande intervjuerna har vi sökt vidare i respektive organisation efter personer med viss kunskap eller med vissa uppdrag som bedömdes ha insikter som är betydelsefulla för att förstå situationen inom landstinget/regionen. Vi har med få undantag inte mött svårigheter i att få tillträde till de personer som vi önskat intervju. I Landstinget Sörmland finns efter valet 2006 många nya förtroendevalda och några som även har centrala uppdrag valde att tacka nej till en intervju, med motiveringen att de inte hunnit sätta sig in i alla frågor kring hälso- och sjukvården. I det fallet letade vi vidare efter annan person i majoritet respektive opposition. I Västra Götaland hade vi först problem med att hitta någon från primärvårdsledningen att intervju (de tillfrågade ville inte låta sig intervjuas). I det fallet fick vi hjälp av sjukhusledningen i Borås att hitta en representant för primärvården. Inte i något fall har vi upplevt att vi belagts med restriktioner eller inte kunnat beröra områden som vi önskat ta upp.

1.6 Insider-outsider-problematiken

Vid PrioriteringsCentrum och i den miljö dit organisationen är lokaliserad (Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet) finns flera personer som har deltagit i eller deltar i utvecklingen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inklusive hjärtriktlinjerna. Det innebär att författarna vistas bland personer med både insyn i, kunskap om och åsikter om de nationella riktlinjerna. Förutom uppdraget från Socialstyrelsen att följa implementeringen av NRH har dock författarna inga andra uppdrag som gäller nationella riktlinjer. Vid våra kontakter med personer i de fyra landstingen/regionerna har vi medvetet avstått från att ta del i några diskussioner om hur riktlinjerna bör implementeras och vilka åtgärder som kan vara lämpliga. Vår avsikt har varit att skapa en förtroendefull relation till organisationen ("inte att bedöma utan att förstå") men vi har inte önskat påverka några ställningstaganden från organisationens sida. Vi är medvetna om att det faktum att organisationen ingår i en undersökning kan göra att man gör vissa överväganden som annars inte skulle ha gjorts. Detta förhållande gäller vid alla typer av studier av det aktuella slaget.

1.7 Materialet och analysen

Den information som ligger till grund för rapporten har främst inhämtats genom individuella intervjuer. Sammanlagt har vi under perioden december 2006 till och med juli 2007 genomfört 45 intervjuer. En sammanställning över de kategorier av personer som intervjuats framgår av tabell 1. Peter Garpenby har ansvarat för intervjuerna i Landstinget Sörmland och Region Skåne. Per Johansson har ansvarat för intervjuerna i Västra Götalandsregionen och Landstinget Västernorrland.

Vi har använt oss av standardiserade intervjuguider för olika kategorier (medicinsk ledning, politiker etc.). Samtliga intervjuer har spelats in elektroniskt (mp3) och därefter transkriberats. För analysen av materialet efter fastställda kategorier (se kapitel 3) svarar Per Johansson och Peter Garpenby.

Tabell 1: Intervjuerna indelade i kategorier

	Landstinget Sörmland	Landstinget Västernorrland	Region Skåne	Västra Götalandsregionen	Sammanlagt
Genomförda intervjuer	10	10	12	13	45
Intervjuade kvinnor	4	2	4	4	14
Intervjuade män	6	8	8	9	31
Medicinsk ledning	5	3	4	4	16
Administrativ ledning	2	4	4	4	14
Politisk ledning	3	2	3	4	12
Professions nätverk	-	1	1	1	3

2. NATIONELLA RIKTLINJER

2.1 Bakgrund

Denna rapport behandlar implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i den version som publicerades av Socialstyrelsen 2004. Bakgrunden till de nationella riktlinjerna finns att hämta i den svenska hälso- och sjukvården där både interna och externa faktorer medverkat till ett förändrat synsätt på variationer i klinisk praxis, evidensbaserad medicin och systematiska och öppna prioriteringar. Riktlinjerna är också en del av en internationell trend avseende spridning av värderingar, idéer och metoder. För en mer fullständig bakgrund hänvisar vi till den tidigare rapporten (Garpenby, Andersson och Junker 2005).

I Dagmaröverenskommelsen för 1996 mellan staten och sjukvårdshuvudmännen återfanns ett avsnitt om nationella och lokala vårdprogram. Avsikten var att de nationella programmen skulle utarbetas av Socialstyrelsen i samråd med bl a den medicinska professionen och brukarorganisationer och täcka större sjukdomsgrupper. De skulle innehålla specifika uppgifter om diagnostik, behandling, prevention, rehabilitering och mätbara kvalitetsindikatorer för aktuell sjukdom. Som underlag för dessa tidiga program avsåg man använda mer konsensusinriktade dokument vilka utarbetats av arbetsgrupper inom den medicinska professionen (s k state-of-the-art dokument). De centrala vårdprogrammen var tänkta att tillämpas i hela landet och sjukvårdshuvudmännen skulle kunna komplettera de nationella programmen med lokala versioner — där egna prioriteringar och bedömningar skulle vägas in.

Efter en namnändring kom slutresultatet att benämnas Nationella riktlinjer och de första från 1996 avsåg vård och behandling av patienter med diabetes mellitus. Under 1998 tillkom Nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård. Riktlinjerna var uppdelade på tre dokument avsedda för olika målgrupper: ett sammanfattande dokument som främst riktade sig till sjukvårdspolitiker och andra beslutsfattare på landstingsnivå; kliniska riktlinjer avsedda för sjukvårdens professioner samt ett med information riktad till patienter. Det var meningen att nationella riktlinjer skulle utgöra underlag till de regionala och lokala vårdprogram som skulle utformas av respektive sjukvårdshuvudman.

Arbetet med Nationella riktlinjer har fortsatt men såväl arbetsprocess som inriktning har förändrats under senare år.

Riktlinjerna bygger numera i högre utsträckning än tidigare på evidensbaserade och graderade systematiska översikter av den medicinska och, på senare tid, också av den hälsoekonomiska vetenskapliga dokumentationen inom det aktuella sjukdomsområdet.

Riktlinjerna tas fram i en multidisciplinär process under medverkan av ett stort antal forskare inom medicin, hälsoekonomi och etik samt kliniker från olika vårdprofessioner.

År 2000 fick Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera riktlinjerna med beslutsstöd för prioriteringar med utgångspunkt i det riksdagsbeslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården som trädde i kraft den 1 juli 1997. Det innebär att riktlinjerna från 2004 innehåller en rangordning av olika tillstånd och insatser, som bygger på en kombination av medicinsk (och i förekommande fall även hälsoekonomisk) evidens, men som även tar hänsyn till de etiska principerna i riksdagsbeslutet om prioriteringar. Det första exemplet på denna nya inriktning var Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.

Arbetet med att utveckla Nationella riktlinjer inom olika sjukdomsområden har blivit ett viktigt redskap för Socialstyrelsen i dess uppdrag att verka för att ”frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens planeringsarbete på alla nivåer med medvetna och öppna prioriteringar som följd.”³ Det innebär att riktlinjerna alltmer har fjärmats från det område som internationellt är mycket stort, nämligen utvecklingen och användningen av kliniska riktlinjer (clinical practice guidelines). Bakom nuvarande Nationella riktlinjer finns en annan och större ambition: att vara en vägledning för landsting/regioner vad gäller organisationen av ett helt sjukdomsområde i en tid då effektiv resursanvändning blivit allt viktigare, och då vården därför ska bli än mer behovsorienterad (”den med stort vårdbehov har företräde”) och därför kräver inslag av prioritering.⁴

2.2 Utvecklingen av de första nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård

Om uppdraget hade varit av annan art, som att enbart visa på bästa möjliga evidens för det aktuella sjukdomsområdet, hade arbetet med Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård kunnat bedrivas på ett helt annat sätt än vad som blev fallet.

³ Citat hämtat från <http://www.sos.se/hs/riktprio/riktprio.htm>, 040915.

⁴ Frågan om att komplettera kliniska riktlinjer med dokument som har en bredare samhällsnyttoinriktning har aktualitet i många länder. Se t.e.x. Wailoo m fl 2004.

Då hade det sannolikt räckt med att ta fram ett medicinskt faktaunderlag – i och för sig en grannlaga uppgift om det ska baseras på systematisk litteraturgranskning av tillgängliga vetenskapliga studier.

Instället blev arbetet med de Nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård något mer omfattande, eftersom den vetenskapliga medicinska evidensen skulle fogas samman i en mall för prioritering, där även hälsoekonomisk evidens (data om kostnadseffektivitet) skulle tillföras. Arbetet med riktlinjerna blev en läroprocess för de inblandade, i och med att de frågeställningar som genererades av prioriteringsambitionen inte först var uppenbar för alla. Framtagningen av det medicinska faktaunderlaget fick successivt anpassas till denna verklighet.

Under ledning av Socialstyrelsen bedrevs arbetet i ett antal grupper vars sammansättning styrdes av olika principer. Till arbetsgruppen för *det medicinska faktaunderlaget* – som kompletterades med författare av delavsnitt, faktagranskare och vidhängande referensgrupp, vilken omfattade närmare 40 personer – var ambitionen att hitta personer med mycket goda vetenskapliga meriter, med förmåga att tillämpa ett evidensbaserat tänkande och med förhoppningsvis god förankring i sina respektive professioner (hög grad av legitimitet).

Till en projektgrupp med ansvar för *det hälsoekonomiska underlaget* valdes fem personer ut med erfarenhet av att söka och bedöma hälsoekonomiska studier inom särskilt hjärtsjukvård. Resultatet av dessa två gruppers arbete blev kunskapsunderlag som skulle vara anpassade till att sättas in i ett prioriteringssammanhang och att kunna ge vägledning för en rangordning efter angelägenhetsgrad. Fyra *arbetsgrupper för prioritering* inom olika sjukdomsområden skapades – sammanlagt drygt 30 personer – där majoriteten valdes ut via kontakter med relevant specialistförening, och där ambitionen var att täcka in olika vårdprofessioner med klinisk förankring, olika vårdnivåer och med god geografisk spridning över landet. Slutligen formerades en styrgrupp för sammanvägning av underlag och bedömning av slutlig rangordning (prioritering) som omfattade knappt 20 personer. I denna återfanns deltagare från de andra grupperna kompletterade med personer som besitter kunskap om prioritering.

Det går inte att bedöma huruvida Socialstyrelsens ambitioner när det gäller sammansättning av och legitimitet för de olika grupperna har infriats. Representanter för myndigheten har förklarat att man i det stora hela bedömer att ambitionerna uppfyllts men att man på någon punkt möjligen kunde ha varit bättre beträffande geografisk representation och medverkan av ytterligare yrkesgrupper.

Att fördela uppdragen geografiskt har haft två syften; dels att få med olika behandlingstraditioner, dels att få spridning bland de personer som tillägnar sig tankarna bakom riktlinjerna, där avsikten är att dessa på hemmaplan ska kunna verka för förståelse för vad riktlinjerna representerar.

Visserligen arbetade de olika grupperna var för sig men Socialstyrelsen samlade även alla experter i prioriteringsgrupperna till upptakts- och avslutningsmöten där synpunkter kunde ventileras. Myndigheten strävade efter öppenhet så att alla inblandade skulle vara medvetna om vad som pågick och vilka överväganden som gjordes. Ett antal informationsmöten genomfördes under arbetets gång med kardiologsammanslutningar och sjukvårdshuvudmän. Någon fullständig täckning av alla relevanta intressenter var det dock inte frågan om. Man kan konstatera att representanter för patientorganisationer var med i referensgruppen för det medicinska faktaunderlaget men inte vad gäller prioriteringsarbetet.

I prioriteringsgrupperna blev det uppenbart att det medicinska faktaunderlaget i dess första version inte besvarade nödvändiga frågor om evidensgradering, behov och effekter av åtgärder. Den uppdelning som ska gälla för prioriteringsarbetet måste återspeglas i kunskapsunderlagen – denna nödvändiga förändring i processen lärde man sig efter hand. En ny erfarenhet var också att väga in hälsoekonomiska underlag med dess speciella nyttobegrepp (vunna levnadsår m m). Modellen för att göra prioriteringar utgår från erfarenheter i t ex Östergötland och Västra Götaland samt inom Svenska Läkaresällskapet. Arbetet lades ned på att diskutera och söka nå förståelse för uppbyggnaden av prioriteringsordningen, en 10-gradig skala, och hur denna ska uppfattas. Att skapa samsyn kring detta krävde viss ansträngning.

Bedömningar inom hälso- och sjukvården är inget ”fyrkantigt”, det finns alltid situationer som inte passar in i ”mallen”. Det innebär att man genom arbetet med riktlinjerna inte har löst alla problem som kan uppstå och att riktlinjer inte lämnar svar på alla frågor som kan uppstå inom landstingen. Det kan t ex gälla hur man ska bedöma multisjuka, där hjärtåkomman bara är en del i sjukdomsbilden, eller gränsdragningen mellan rutinsjukvård och experimentell verksamhet.

Bland de ansvariga för utarbetandet av riktlinjerna fanns uppfattningen att resultatet ska uppfattas som ett ”grovt regelverk”, att det absolut inte är någon ”kokbok” i vilken sjukvårdshuvudmän kan läsa i detalj hur de ska handla, och det vore olyckligt om landsting och regioner använde listan utan egen bearbetning. Istället tänker personerna bakom utvecklingen av NRH att riktlinjerna ska spela rollen av ”input” i en självständig lokal process där såväl politiker, som sjukvårdsledning och professionsföreträdare ska ingå.

Myndigheten kan inte föreskriva hur huvudmännen ska arbeta men kan lämna vägledning.

Verksamhetsföreträdarna bör initiera en diskussion om den egna rangordningen och möjligheten att uppfylla alla önskingar om tänkbara medicinska insatser, som kan mynna ut i en konsekvensanalys för prioritering och eventuella bortval. Konsekvensanalysen kan sedan fungera som underlag för politiska beslutsfattare.

”Det är [också] viktigt att man hittar former för en fortlöpande dialog mellan politiker, sjukvårdsadministratörer och verksamhetsföreträdare som ett led i beslutsprocessen. Rätt använda bör sådana beslutsunderlag vara ett första steg mot en mer behovsstyrd hälso- och sjukvård.” (Socialstyrelsen 2004, 19).

Riktlinjerna innehåller förvisso en rangordning av kombinationer av hälsotillstånd och åtgärder (baserade på svårighetsgrad, effekter och kostnadseffekter) men hur denna rangordning ska anpassas till lokala förutsättningar är något som varje huvudman hade att ta ställning till. Socialstyrelsen var noga med att påpeka att riktlinjerna inte lägger fast någon miniminivå för hjärtsjukvården utan att detta ytterst är en politisk fråga. Socialstyrelsen hade uppfattningen att de nationella riktlinjerna bör uppfattas som ett sjukvårdspolitiskt dokument och inte som ett medicinskt dokument, avsett enbart för verksamhetsnivån.

När riktlinjerna skulle omsättas i lokala planer gällde det för inblandade i denna process att förstå vilka utgångspunkter Socialstyrelsen haft för att komma fram till det aktuella resultatet. En remissversion överlämnades till landsting/regioner och intresseorganisationer samt professionens egna grupperingar och remisstiden varade från maj till november 2003⁵. Därefter genomfördes några mindre justeringar av dokumentet och en slutlig version publicerades i juni 2004⁶.

2.3 Implementeringen av 2004 års Nationella riktlinjer

De riktlinjer för hjärtsjukvård som Socialstyrelsen publicerade i slutlig form under 2004 innehåller ingen detaljerad information om hur landsting/regioner ska agera med anledning av dokumentet.

⁵ För analys av remisser se kapitel 4 i Garpenby, Andersson och Junker 2005.

⁶ Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004 – Beslutstöd för prioriteringar och Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004 – Det medicinska faktadokumentet.

Skälen till detta är (a) att myndigheten inte kan föreskriva hur sjukvårdshuvudmännen ska agera och (b) att det knappast går att i detalj föreskriva hur ett genomförande (en implementering) på regional och lokal nivå ska utformas. Förutsättningarna varierar antagligen i hög grad mellan huvudmännen och någon enhetlig process är vare sig lämplig eller möjlig i detta sammanhang. Det innebär dock inte att det inom Socialstyrelsen helt saknades en föreställning om vad som borde ske hos huvudmännen med anledning av de första hjärtriktlinjerna.

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård betraktades inte som ett renodlat medicinskt dokument utan som ett sjukvårdspolitiskt underlag, vilket innebar ett bredare deltagande i en implementeringsprocess än bara från kliniskt verksam sjukvårdspersonal. Riktlinjerna skulle inte användas av den enskilda klinikern i mötet med patienter, utan var tänkta att också fungera som underlag på en annan beslutsnivå.

Riktlinjerna innehöll en vertikal rangordning inom ett sjukdomsområde (efter en viss modell med en viss typ av underlag). Det torde stå klart att Socialstyrelsen tyckte att detta var en bra arbetsmodell och att en sådan rangordning borde kunna komma till stånd även regionalt och lokalt. Socialstyrelsen föreställde sig någon form av organiserat mottagande för riktlinjerna inom landsting/regioner. Det kunde innebära att uppdrag lämnades till verksamhetsnivån (läkare och andra professioner) att analysera innehållet i vården, med utgångspunkt i den rangordning som presenteras i riktlinjerna. Detta kunde också innebära att innehållet i vården skulle komma att ändras, så att man gjorde mer av något och mindre av annat. Här ingår också ett klagörande kring indikationsgränser – i vilket läge insatser är aktuella. Hur mycket praxis kan komma att ändras beror givetvis på utgångsläget i sjukvårdsorganisationen (aktuell praxis) och regionala och lokala förutsättningar. I de fall organisationen då upplever resursbrist – i det fall man avser att följa riktlinjerna – ska en konsekvensbeskrivning presenteras för politiska beslutsfattare. I de fall ett politiskt ställningstagande om utbudsminskning blir aktuellt utgör konsekvensbeskrivningarna ett viktigt beslutsunderlag. Riktlinjerna skulle framför allt uppmuntra till en fortlöpande dialog mellan politiker, sjukvårdsadministratörer och verksamhetsföreträdare.

Detta är mycket kortfattat några av de viktigaste inslagen i en tänkt implementeringsprocess såsom Socialstyrelsen 2004 föreställde sig den; någon form av process som omfattar olika kategorier av beslutsfattare, tydliga uppdrag och i slutänden förändrad praxis. Frihetsgraderna för sjukvårdshuvudmännen att välja angreppssätt måste dock betraktas som stora. Någon standardiserad process kunde inte förväntas. De nationella riktlinjerna ger inga svar på frågan om hur landsting/regioner ska organisera vården.

De ger en vägledning om vilka insatser som är mer eller mindre angelägna, utifrån en modell där man sökt ta hänsyn till medicinsk evidens, hälsoekonomiska studier och den etiska plattformen i riksdagsbeslutet om prioriteringar. Riktlinjerna kan uppfattas som ett avancerat diskussionsunderlag för vidare dialog och handling på det regionala och lokala planet.

2.4 Revideringen av hjärtriktlinjerna

I uppdraget från regeringen till Socialstyrelsen ligger att myndigheten ska hålla innehållet i riktlinjerna aktuellt genom återkommande revideringar. Om inte riktlinjerna är ett levande dokument som följer med utvecklingen inom biomedicin riskerar de att mista sin ställning som kunskapsstöd för sjukvårdshuvudmännen och blir inte heller möjliga att använda vid uppföljningar av vården. Redan 2004 när hjärtriktlinjerna publicerades fanns därför planer på en framtida revidering. Detta arbete har följt samma mall som tidigare, d v s uppdraget med att se över underlaget vilar på en medicinsk faktagrupp och en hälsoekonomisk faktagrupp medan rangordningarna sker i en prioriteringsgrupp, varefter riktlinjer slutligen fastställs av Socialstyrelsen. Givetvis utgjorde 2004 års riktlinjer en grund och utifrån dessa har skett kompletteringar och omarbetningar. Den medicinska faktagruppen hade att inventera behovet av kompletterande sammanställningar av fakta. Arbetet började med att verksamhetschefer och kardiologansvariga från hela Sverige bjöds in till en konferens för att diskutera hjärtsjukvårdsriktlinjerna från 2004 och dess genomslag, samt diskutera den kommande revideringen. Den medicinska faktagruppen har därefter arbetat med att komplettera den lista över hälsotillstånd och åtgärder som ingick i riktlinjerna från 2004. Den listan innehåller 118 kombinationer. I de reviderade hjärtsjukvårdsriktlinjerna kommer antalet att vara drygt det dubbla.

Uppgiften för faktagruppen i revideringen av tillstånd-/åtgärdslistan var att definiera kombinationer utifrån följande aspekter:

- Tillstånds-/åtgärdslistan kan inte vara heltäckande. Uppgiften för den medicinska faktagruppen var därför att fokusera på områden där behovet av vägledning är särskilt stort.
- Kontroversiella områden (etiska dilemman, dyr behandling, osäkerhet, tveksam kostnads-/nyttoeffekt).
- Olika former av relevanta typfall (vanliga patienter, klinisk verksamhet med påtaglig regelbundenhet).
- Indikationer/åtgärder med stora volymer.

Den hälsoekonomiska faktagruppen, vars uppgift är att ta fram nya och kompletterande fakta om kostnadseffektivitet för åtgärder på indikations-/åtgärdslistan och fakta om riktlinjernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, inledde sitt arbete våren 2005 med att tillsammans med den medicinska faktagruppen definiera åtta områden som sedan reducerades till sex områden. Inom dessa har evidens om kostnadseffektivitet inhämtats.

- ICD som primär- och sekundärprofylax
- CRT vid hjärtsvikt
- Kombinationsbehandling ICD och CRT
- Kateterburen ablation och maze-operation vid förmaksflimmer
- Screening för att förhindra plötslig hjärtdöd hos unga aktiva
- Läkemedelsavgivande stentar (DES)

Arbetet med faktaunderlagen skedde huvudsakligen under 2005-2006 medan en preliminär version av de rangordnade riktlinjerna förelåg under våren 2007.⁷ Vid flera möten under våren 2007 presenterades innehållet i de reviderade riktlinjerna dels för sjukvårdens professioner och dels för patientorganisationer. Socialstyrelsen avsåg att kommunicera innehållet i riktlinjerna i flera steg. I september 2007 inbjöds massmedia till ett möte om innehållet, särskilt sådana rekommendationer som kan tänkas vara kontroversiella.

Under hösten 2007 diskuterade Socialstyrelsen de preliminära hjärtriktlinjerna med representanter för sjukvårdshuvudmän vid ett antal seminarier på olika platser i landet. Därefter skedde slutbearbetning och de reviderade riktlinjerna ska publiceras i tre olika versioner – för profession, politiker och patienter – vid årsskiftet 2007/08.

⁷ I december 2006 kompletterades de befintliga riktlinjerna med ett dokument *om plötslig hjärtdöd hos personer under 35 år vid idrott och fysisk ansträngning*. Dokumentet innehöll rekommendationer på ett begränsat område och vände sig främst till den medicinska professionen. I samband med detta publicerades information till skola och idrottsföreningar.

3. TEORETISK RAM

Undersökningen har en beskrivande och till viss del förklarande ambition. Vår metodologiska förebild är den jämförande fallstudien (multiple-case-study).⁸ Utgångspunkten är att varje landsting och region utgör ett separat ”fall” som det finns anledning att beskriva i sig – men eftersom vi arbetar med fyra sådana fall finns möjligheten att använda styrkan i en jämförande studie för att tydligare demonstrera hur förutsättningarna varierar mellan landsting och regioner. Vi har då möjlighet att testa ett antal i förväg identifierade faktorer som vi har anledning att tro påverkar när det gäller hur man regionalt och lokalt tar emot ett dokument som nationella riktlinjer. Vi måste beakta faktorer som kan antas vara generella för alla sjukvårdshuvudmän och sådana som kan vara unika för ett ”fall”. Vi måste också vara öppna för olika kombinationer av faktorer som vid en viss tidpunkt kan påverka processen.

Det skulle också kunna uttryckas så här: vi tror att vissa förutsättningar vid implementering av ett dokument som nationella riktlinjer gäller för alla landsting och regioner, men att det bland huvudmännen också kan finnas specifika förutsättningar som avgör hur de enskilt kommer att agera. Det finns en betydande kunskap från andra studier som visar på faktorer som har betydelse för implementering i allmänhet – och det ska vi dra nytta av – men det kan också finnas erfarenheter från implementering av just kunskapsdokument i en hälso- och sjukvårdsmiljö, som bör vägas in. I bästa fall kommer vi att kunna säga något om allmänna (generella) förhållanden bland landsting och regioner, och kanske även något om vilka faktorer som påverkar förutsättningarna att ta till sig nationella riktlinjer under specifika omständigheter.

3.1 Implementering

Vi har valt en ansats där den mottagande organisationen står i centrum. Det innebär dock inte att vi bortser från den nationella nivån och det arbete som Socialstyrelsen lagt ned på att utveckla riktlinjerna, eller om det finns bestämda avsikter med och tankar bakom dessa riktlinjer, som bör följas upp. Vi anlägger ett aktör-strukturperspektiv där inställningen till nationella riktlinjer bland olika aktörer och ramverket (andra beslutsnivåer) runt dessa är viktigt.

Det är viktigt att ställa sig frågan vad det är som egentligen ska implementeras. Är det ett färdigt ”program” eller är det en idé om ett arbetssätt?

⁸ I den första rapporten (Garpenby, Andersson och Junker 2005) finns en mer omfattande diskussion om jämförande fallstudier. Se även Yin 2003.

Vi anser att man ska utgå från föreställningen att implementeringen av nationella riktlinjer ska resultera i något, men att detta något kan vara av olika slag. Vi skiljer i det sammanhanget på process, output och outcome.

Med *outcome* avses uppfyllandet av det yttersta målet för riktlinjerna, vilket vi uppfattar som en ”likvärdig vård av hög kvalitet”. Vår studie kan dock inte lämna något svar på frågan i vilken grad ”outcome” uppnås. Istället ägnar vi oss åt *process* och *output*. Processen är svår att ha någon uppfattning om i förväg; den innebär någon form av agerande med anledning av riktlinjerna men det går inte att i förväg uttala sig om vilken nivå på handlande det kan bli frågan om. Vi tror att processen kan påverkas av flera faktorer (se vidare nedan). Med output avser vi konkreta åtgärder och resultat – som kanske på längre sikt leder fram till ”outcome”. Vad det kan handla om är t ex konkreta uppdrag inom en organisation att agera med anledning av riktlinjerna, en utvecklad dialog mellan olika nivåer i landsting/region med utgångspunkt i riktlinjerna och inslag av prioritering som kan avläsas i vårdprogram eller i form av en rangordning och eventuella bortval.

3.2 Teoretiskt ramverk för undersökningen

Inom en jämförande fallstudie är det lätt att fastna i en omfattande och planlös datainsamling om man från början saknar en teoretisk ”karta”. Vi har hela tiden haft uppfattningen att denna studie måste styras av en teoretisk ram, annars blir datainsamlingen och analysen av data omöjlig att hantera och det blir svårt att ta fram meningsfull kunskap. Den första rapporten bestod av tre olika delar, som var tänkta att stödja varandra. Vi kommer att, med vissa modifieringar, hålla fast vid detta upplägg även i denna rapport. Dessutom kommer vi att knyta ihop studien genom att i denna rapport diskutera förändringsprocesser över tid i anslutning till NRH.

3.2.1 Faktorer för passform mellan NRH och landsting/region.

Frågan om ”passform” (”goodness of fit”) mellan det ”program” som ska introduceras och den aktuella organisationen är central vid studier av policyimplementering. Ett visst program passar helt enkelt bättre in hos en typ av organisation än hos en annan (Scharpf 1978). Här återfinns både den ”tradition” och erfarenhet som organisationen kan ha utvecklat inom nyckelområden, liksom vårdorganisatoriska och politiska förhållanden. I den förra rapporten kartlade vi traditionen inom respektive huvudman dels för evidensbaserad medicin (EBM) och dels för systematisk prioritering. I denna rapport fokuserar vi på landstingets/regionens nuvarande styrsystem och aktiviteter för systematisk prioritering.

Vi kommer att använda dessa faktorer för att förklara eventuella förändringar i den process för att ta till sig innehållet i NRH (en implementeringsprocess) som vi kan observera.

Tabell 2: Analysmodellen över passform

Passform mellan NRH och den aktuella organisationen

I vilken grad passar de krav NRH ställer på organisationen förhållanden inom landsting och region?

1. Organisatorisk passform (vårdorganisationen på landstings-regionnivå)

Vi beaktar den befintliga organisationen och pågående strukturförändringar.

2. Organisationens kapacitet (politiska förhållanden, opinionstryck, ekonomisk kris)

Det är viktigt att inkludera förhållanden ("ecological capacity") som sätter upp hinder eller på annat sätt påverkar möjligheten att förändra (Goggin 1990). Det kan vara ekonomiska, politiska eller andra mer situationsbundna faktorer. Till situationsbundna faktorer räknas t.ex. uppmärksamhet i media och uppmärksammade medicinska händelser.

3. Styrssystem

Den organisation för resursfördelning som landstinget/regionen tillämpar med inslag av dialog mellan olika parter (politik, administration och profession).

4. Systematisk prioritering

I all sjukvård förekommer prioritering. Vi är intresserade av om en "tradition" av mer systematisk prioritering förekommer, där man söker ta ett samlat grepp i denna fråga. Detta gäller såväl landstinget som helhet som varje vårdenhet. Frågan är dock hur man betraktar prioriteringsproblematiken; som en teknisk fråga eller en fråga där olika aktörer, t ex politiker, har en roll att spela och där processer och dialoger måste utvecklas.

3.2.2 Ansvarsfördelningen vid implementering av NRH

Vi intresserar oss för den ansvarsfördelning som sker inom mottagande organisation med anledning av NRH. Här ansluter vi oss till Richard E Matland och det resonemang han utvecklar i sin "Ambiguity-Conflict Model" från 1995 (Matland 1995). I denna modell illustrerar Matland hur varierande grad av *konflikt* och *vaghet* i de offentliga programmen kan leda till implementeringsprocesser med helt olika förutsättningar. *Policykonflikt* uppstår när fler än en organisation är direkt berörd och det finns motstridiga intressen. Själva konflikten kan gälla målen för en viss policy eller de programaktiviteter som ska få den genomförd. *Policyvaghet* kan också avse mål eller medel knutna till en viss policy. Skälen till att vagheter uppstår kan vara flera, exempelvis att policyn bygger på en oklar kausal teori eller att den är resultatet av en politisk kompromiss där många viljor sammanjämkats. Det bör här också nämnas att både konflikt och vagheter kan vara helt naturliga – och ofta nödvändiga – inslag i policyprocessen.

När tillvägagångssättet i ett program är välkänt men konflikt råder mellan inblandade aktörer om målet eller medlen får man enligt Matland en *politisk implementering*. Här är utfallet främst avhängigt om aktören har tillräcklig makt att tvinga fram sin vilja eller resurser nog att köpa sig följsamhet. *Experimentell implementering* uppstår vid osäkerhet om mål och medel i programmet utan att det råder konflikt. Utgången i dessa fall blir framför allt beroende av kontextuella förhållanden – aktörer och resurser – på mikronivå, vilket gör att processen ofta skiljer sig mellan olika organisationer. Policyprogram som innehåller starka symboliska värden kan (paradoxalt nog, skulle en del säga) ibland vara konfliktfyllda och samtidigt vaga. I dessa fall uppstår *symbolisk implementering*. Omfördelningsfrågor faller ofta under denna kategori. Det slutliga resultatet bestäms av koalitioner av aktörer på lokal nivå som kontrollerar resurserna, men professioner spelar ofta en särskilt framträdande roll.⁹

Tabell 3: Analys av ansvarsfördelning inom fallen

Ansvarsfördelning vid regional/lokal implementering av NRH

1. Var i organisationen (landsting och region) kommer NRH att hanteras?
Förändras ansvarsfördelningen över tiden?
2. Vi skiljer mellan den politiskt-administrativa delen av organisationen och verksamheten som domineras av vårdprofessioner.

3.2.3 Implementeringsprocessen utifrån ett aktör-strukturperspektiv.

Vi utgår här från ett aktör-strukturperspektiv vid implementering av riktlinjerna (Lundquist 1987). Varje aktör (individ eller organisation), ingår i ett större sammanhang som påverkar utrymmet för handlingar. En struktur kan vara mer formell – ett landsting- eller mer informell – professionella grupperingar. Ett landsting kan vara en aktör, men samtidigt utgöra en struktur för en sjukhusklinik. Vi ser den nationella nivån som den mest övergripande strukturen. Strukturer skapar möjligheter men kan också utgöra ett hinder för förändring. Aktörer kan anpassa sig till strukturer men också försöka påverka dessa. Olika mål och strategier förekommer hos olika kategorier av aktörer inom ett landsting/en region.

⁹ När tekniken i ett program är välkänt och målen givna får man en rationell beslutsprocess (dvs. centralstyrd, hierarkisk och friktionsfri) som Matland kallar *Administrativ implementering*. Önskvärt utfall är enbart avhängigt att det finns tillräckliga resurser. Denna typ av implementering ser man dock sällan i sjukvården.

Vi undersöker dels landstinget och dess omgivning, t ex sjukvårdsregionen, dels det utvalda sjukhuset och dess omgivning (d v s landstinget/regionen som helhet). Vi beaktar särskilt förekomsten av ”påskyndare” som vi kan identifiera. I den tidigare rapporten fokuserade vi också på ”opinionsledare” men fann att detta begrepp var svårt att studera empiriskt, varför vi har valt att utesluta det i denna rapport.

Tabell 4: Analysens aktör – strukturperspektiv

Aktörer handlar inom ramen för en struktur

Hur handlar olika aktörer och vilken roll spelar omgivningen?

1. Implementeringsstruktur

Kan uppfattas som en cirkel med kliniken i mitten, där omgivande struktur utgörs av sjukhus/division, landsting/region, sjukvårdsregion och slutligen nationell nivå.

2. Aktörer

Fokus ligger på aktörer på landstingsnivå, politiska, administrativa och professionella, samt aktörer utanför landstinget/regionen.

3. Påskyndare (”fixer”)

En annan typ av aktör vid implementering är ”påskyndaren” (”fixer”). En ”påskyndare” kan vara en individ, men är vanligen en organisation, grupp eller koalition (nätverk). En ”påskyndare” kan utses av den som önskar driva utvecklingen i viss riktning men det kan också vara en självpåtagen roll. En ”påskyndare” kan agera utifrån egenintresse men också arbeta enligt ett tilldelat uppdrag eller mandat (Bardach 1977).

3.2.4 Förändringsprocesser

Förändringar sker hela tiden inom en organisation och i dess omvärld (organisationer är i själva verket ständigt sysselsatta med att anpassa sig till förändringar). Men vilka förändringar kan observeras i anslutning till införandet av NRH? Det är lätt att räkna upp olika förändringar men vad står dessa egentligen för och hur omfattande är förändringarna? Vad representerar de? För att mer tydligt systematisera sådana förändringar som vi kan observera under den studerade perioden, och som ligger i linje med intentionerna för NRH, skapar vi tre kategorier som är lånade från en klassisk artikel om förändringsprocesser av Peter Hall (1993).

Artikeln behandlar visserligen ekonomisk politik men är ändå belysande genom sin klassificering av olika slags förändringar. Hall nämner tre förändringsnivåer som utgår från att både medel och mål kan ändras. Den första förändringsnivån handlar om att ändra innehållet i eller inriktningen av redan befintliga medel, den andra förändringsnivån avser att pröva nya medel men utan att ändra mål, medan den tredje och mer omvälvande förändringsnivån handlar om att förändra målet för verksamheten. Vi kommer i diskussionen av rapportens resultat (kapitel 8) att knyta an till dessa förändringsnivåer.

Tabell 5: Förändringsnivåer

Förändringsnivåer i anslutning till implementeringen av NRH

Tre förändringsnivåer efter Hall (1993)

1. Ny inriktning av befintliga medel**2. Nya medel inom befintliga mål****3. Nya mål i kombination med nya eller befintliga medel**

4. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR PASSFORM

4.1 Landstinget Sörmland

4.1.1 Organisationsförändringar och styrformer

Samma år som NRH första gången fanns tillgänglig för allmänt bruk (2004) påbörjade landstinget en organisationsförändring som syftade till att bryta upp de tidigare geografiska förvaltningarna för sjukvården. Istället skapades under landstingsdirektören tre länsövergripande divisioner för närsjukvård, länssjukvård och medicinsk service. En stegvis profilering av sjukhusen har skett med koncentration av länsresurser till MSE.

Förändringen har förstärkt ”linjetänkandet” i organisationen, genom att det under landstingsdirektören numera finns tre divisionschefer med operativt ansvar med underställda verksamhetschefer/klinikchefer och under dessa sektionschefer. I division närsjukvård ingår bl a primärvård och internmedicin, och därmed hjärtsjukvården. Det tidigare länsövergripande medicinska rådet har avvecklats och istället finns centralt i landstinget en verksamhetsutvecklingsavdelning med en strategienhet med uppdrag att samordna länsgemensamma aktiviteter för att utveckla t ex medicinska indikationer (praxis).

Det finns numera i Sörmland en ambition från landstingsledningen att skapa länsövergripande samarbetsformer och överenskommelser. Detta går att avläsa på en rad olika områden. Arbetet med gemensamma indikationsdokument ska utmytna i vårdöverenskommelser mellan primärvård och sjukhusspecialiteterna. Inom divisionerna pågår diskussioner om hur man ska kunna skapa en sjukvårdsorganisatorisk mer rättvis fördelning av resurserna, som inte i ett första steg nödvändigtvis är knuten till en analys av befolkningens behov i olika delar av länet (detta ligger längre fram). Inom divisionerna har också påbörjats s k patientsäkerhetsdialoger mellan divisionschef och respektive verksamhetschef, där också chefen för verksamhetsutvecklingsavdelningen deltar, för att följa upp tillämpningen av riktlinjer och resultat från kvalitetsregister. Inom olika specialiteter pågår arbete som syftar till länsgemensamma vårdprogram. Landstinget har av samordningsskäl skapat ett antal medicinska råd för stora sjukdomsgrupper: länsdiabetesråd, länsstrokeråd och ett länsalliativt råd.

Den politiska styrningen i landstinget sker genom brett formulerade uppdrag (i vissa fall detaljerade). Ekonomiska resurser fördelas till sjukvården via hälso- och sjukvårdsnämnden som fördelar medel per division. Divisionscheferna är de som deltar i dialogen med politikerna i hälso- och sjukvårdsnämnden, bara undantagsvis andra medicinska chefer, i enlighet med ”linjetänkandet”.

Inga drastiska omfördelningar har hittills förekommit inom divisionerna - expanderar en verksamhet sker det genom att nya medel tillskjuts. Även om ambitionen finns att utjämna praxisskillnader inom landstinget har fortfarande verksamheterna stor frihet att ändra sammansättning av medicinska insatser (påbörja nytt och utmönstra gammalt) förutsatt att detta inte kräver nya resurser.

Den länssjukvårdssamverkan mellan Landstinget Sörmland och Landstinget Västmanland som etablerades formellt 2004, tog sig inledningsvis uttryck i en gemensam politisk nämnd och mindre i reell sjukvårdssamverkan. Klimatet för samverkan visade sig till en början vara starkare på den politiska sidan än inom sjukvården. Ansvariga för hjärtsjukvården inom MSE hade dock tidigt förhoppningar om samverkan för att eventuellt kunna utveckla jourlinjen och kapaciteten för PCI tillsammans med sjukhuset i Västerås. Ambitionen är att i ett första steg att kunna erbjuda PCI dygnet runt på vardagar. Efter några år av stiltje kom dock dialogen mellan de två sjukhusen igång igen under 2007.

Inom ramen för sjukvårdsregionen (Uppsala-Örebro regionen) deltar Landstinget Sörmland i ett arbete för att förstärka organisationen för mottagning av nationella kunskapsdokument (t ex nationella riktlinjer). Ett uttryck för detta är bildandet av drygt 20 medicinska specialitetsråd (med deltagande från verksamhetschefsnivån) där en av de tänkta uppgifterna är att ta fram gemensamma vårdprogram för sjukvårdsregionen. Ett exempel är konstituerandet av ett regionalt expertråd för hjärtsjukvård. Även om landstinget har avsatt resurser för denna regionsamverkan finns uppenbarligen en del att göra för att få den landstingsövergripande samverkan på plats.

4.1.2 Arbete med systematisk prioritering

Vi kunde i den tidigare rapporten, som beskriver situationen 2004, notera att den medicinska professionen och vårdpersonal hade en positiv inställning till öppna prioriteringar och efterfrågade riktlinjer på området (Garpenby, Andersson och Junker 2005). Då förekom inget arbete med öppna politiska horisontella prioriteringar och inte heller något arbete med systematiska vertikala rangordningar inom verksamheter. Verksamhetsföreträdare upplever inte 2007 att de har något politiskt stöd för att göra mindre av något eller att ta bort viss verksamhet. Vi kan dock konstatera att landstingsledningen indirekt drivit tänkandet inom organisationen i riktning mot prioriteringar, även om begreppet inte används i dessa sammanhang. Istället menar landstingsledningen att arbetet med indikationer och utarbetandet av länsgemensamma vårdprogram, med grund i förekommande nationella riktlinjer, tvingar verksamheten att skärpa tänkandet kring prioriteringar och fungerar därmed som ett stöd.

Även på den politiska sidan, där den strategiska hälso- och sjukvårdsberedningen har en nyckelroll, är det meningen att kunskap om medicinska förändringar och om nationella riktlinjer ska presenteras och diskuteras för att skapa en större beredskap för prioriteringar.

Hittills har t ex krav på nya dyra läkemedel kunnat mötas med tilläggsmedel vid sidan av budget. En sjukvårdspolitiker i Landstinget Sörmland konstaterar att politikerna inte har tvingats in i ett mer systematiskt tänkande i prioriteringstermer men att detta kan komma att ändras ganska snart:

”Men däremot kan jag se ganska snart, att vi kommer att komma i en situation där politiken tvingas att ta ställning. Jag menar, det här med dyra läkemedel, som ger patienten livskvalitet och kanske bot, men kostar stora summor.”

En person i medicinsk ledning menar att visserligen har riktlinjerna gjort avtryck genom att skärpa tänkandet på kliniknivå om rangordning och prioritering men om landstinget skulle flytta denna diskussion högre upp i organisationen skulle en helt nya situation föreligga. En situation med tydliga horisontella prioriteringar:

”Om vi nu skulle säga att nu får vi faktiskt ta den här diskussionen då tror jag att det kan börja kännas besvärligt i vissa grupper.”

4.1.3 Faktorer som påverkar organisationens kapacitet

Det tog förhållandevis lång tid innan den politiska majoritet som styr Landstinget Sörmland kunde formeras efter valet 2006. Mitt under föregående mandatperiod (2004) genomgick landstinget ett maktskifte där alla partier utom socialdemokraterna kom att bilda majoritet. Efter valet 2006 sökte det största partiet – socialdemokraterna – samverka med vänsterpartiet. De två partierna kunde dock inte hålla ihop. Två vänsterpartister förklarade emellertid att de stödde den tidigare majoriteten som då kunde fortsätta. Tillsammans med byten inom partierna av ledande företrädare skapade detta stor turbulens hösten 2006. Det finns verksamhetsföreträdare i landstinget som upplever den nya majoriteten som ”svag” och menar att landstinget präglas av ett ”politiskt vakuum”. Många politiska företrädare som sitter på ledande poster har ringa erfarenhet av hälso- och sjukvårdspolitik och arbete inom ett landsting; de har annan politisk bakgrund än just landsting. Man kan säga att det efter valet 2006 pågår en ”inskolning” av politiker i hälso- och sjukvårdens speciella frågor, vilket är särskilt aktuellt för ledamöterna i hälso- och sjukvårdsnämnd och strategisk hälso- och sjukvårdsberedning.

Arbetet för att utveckla samverkan på länsnivå och att likrikta praxis genom vårdprogram vilar i hög grad på tjänstemannaledningen med landstingsdirektören i spetsen. Ledande politiker räknar med att kompetensen finns där, eftersom de tyngs av andra frågor:

”Är vi i händerna på tjänstemännen? Och då är det ju så att det är väldigt mycket i politiken här, och då måste vi kunna lita på att våra tjänstemän är dugliga och att dom har rätt kompetens och ser verkligheten.”

Politiker i Landstinget Sörmland

”Jag tycker man kan se när vi pratar nationella riktlinjer, rangordningslistor, indikationsarbete och prioriteringar att det är väldigt mycket vi kan klara utan att lyfta in det i det politiska rummet för att få någon slags omfördelning inom, så att säga, deras beslutsram.”

Tjänsteman i Landstinget Sörmland

Någon rapportering i media där det explicit hänvisas till NRH i anslutning till Landstinget Sörmland har enligt intervjupersonerna inte förekommit sedan 2004. Däremot har hjärtsjukvården uppmärksammats i samband med rapportering om ny evidens avseende användningen av läkemedelsstent, där MSE i det sammanhanget lyftes fram som ett sjukhus med stor användning. Dessa skrivelser skapade enligt den medicinska ledningen en del oro bland patienter.

4.2 Region Skåne

4.2.1 Organisationsförändringar och styrformer

Region Skåne hade tidigare en påtaglig geografisk uppdelning av hälso- och sjukvården genom sina fem sjukvårdsområden, med tillhörande politisk distriktsnämnd och tjänstemannakansli, som lämnade uppdrag till primärvård och viss sjukhusvård. År 2001 påbörjades ett större förändringsarbete som gick under namnet ”Skånsk livskraft” och som från 2004 blev regionens nya organisationsstruktur. Avsikten var att dela in sjukvården i fyra ”vårdlogiker”, närsjukvård, akut sjukvård, planerad sjukvård samt högspecialiserad vård. Samtliga sjukhus (nio offentliga och ett med privat entreprenör) har berörts av förändringsarbetet eftersom detta syftade till att omfördela uppgifter mellan vårdenheter. I praktiken har Region Skåne kommit att koncentrera den akuta verksamheten till fyra sjukhus, förutom CSK i Kristianstad är dessa Lund, Malmö och Helsingborg. Andra mindre sjukhus har fått utökat ansvar för viss elektiv verksamhet.

Någon modell med landstingsövergripande ”divisioner” har dock inte Region Skåne infört utan varje sjukhus är sin egen förvaltning med egen operativt ansvarig ledning och sjukhusen har kvar sin egen tydliga identitet. Avsikten är annars att integrera primärvård och sjukhus i enlighet med ”närsjukvårdslogiken” och att förbättra flödet av patienter. Genom att skilja det elektiva från det akuta och profilera sjukhusen, försöker Region Skåne effektivisera vården. Förändringen har genomförts förhållandevis smidigt, antagligen beroende på att representanter för den medicinska professionen, genom olika analysgrupper, involverades tidigt för att göra ordentliga översyner inom varje specialitet ner på diagnosgrupper.

Att ta bort de geografiska sjukvårdsområdena ingick inte i de ursprungliga tankarna för ”Skånsk livskraft” men den nya politiska majoritet som tillträdde efter valet 2006 beslutade att ta steget fullt ut och slopa den geografiska indelningen. Genom att från 2007 ta bort de politiska distriktsnämnderna centraliseras styrningen av sjukvården till hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). Det är nämnden som fortsättningsvis ska lämna uppdrag till varje sjukhus och till primärvården – tidigare kom en del uppdrag via distrikten och vissa direkt från nämnden. Under senare år har den specialiserade planerade vården specificerats i detalj (antal operationer), medan akutsjukvård och närsjukvård har tilldelats en klumpsumma via olika budgetar. Exakt hur HSN kommer att agera i fortsättningen stod inte klart våren 2007 men den nya politiska majoriteten har uttryckt intresse för öppna jämförelser och möjligheter för patienterna att kunna påverka vården genom val av vårdgivare. För att i någon mån kompensera för bortfallet av distriktsnämnderna inrättas fyra delregionala beredningar som ska hålla kontakt med den lokala befolkningen och kommunerna, men dessa har ingen beslutanderätt och ingen budget för sjukvård.

Region Skåne ingår i den Södra sjukvårdsregionen tillsammans med landstingen i Kronoberg, Blekinge och södra Halland. Sedan tidigare finns ett väl utarbetat samarbete och sjukvårdsregionen är aktiv på många plan, politiskt och professionellt. I södra regionen finns regionala medicinska råd (RMR) för olika specialiteter, däribland hjärta/kärl. Råden har ett antal stående uppdrag och dessutom kan de huvudmän som ingår i södra regionen hänskjuta kontroversiella medicinska frågor till de regionala medicinska råden för utredning och ställningstagande. I RMR-hjärta/kärl är regionsamarbetet väl förankrat och de frågor som behandlas omfattar bland annat införande och utmönstring av medicinska metoder, samordning av resurser (jourer vid sjukhus), förändringar aktualiserade av nationella dokument (t.ex. nationella riktlinjer), medicinsk revision och på senare tid utvecklingen av regiongemensamma vårdprogram, där två finns färdiga gällande förmaksflimmer och arteriell trombolys.

4.2.2 Arbete med systematisk prioritering

Likt många andra huvudmän bedriver verksamheten inom region Skåne dold prioritering, alltifrån primärvård till högspecialiserad vård vid universitetssjukhusen, där rangordningen påverkas av tillgängliga resurser för dagen, vilket inte alltid gör den systematisk. På den politiska nivån sker inget samlat arbete för att utveckla horisontell prioritering. Genom centraliseringen av resursfördelningen till HSN har dock förutsättningarna att ta samlade beslut ökat inom region Skåne.

”__ jag är ibland själv trött på ordet 'prioritering' av olika slag. Däremot är jag oerhört mån om att individen ska ha rätt att komma rätt hela tiden i vårt system och naturligtvis ska vi våga säga att vissa saker är viktigare än andra__
—”
Sjukvårdspolitiker i region Skåne

Enskilda medicinska råd kan genom att komma fram till konsensus i praktiken påverka användningen av teknologier i regionen och därmed göra prioriteringar. Därutöver pågår sedan några år tillbaka inom ramen för Södra sjukvårdsregionen ett arbete med vertikal rangordning inom medicinska specialiteter. Att arbetet bedrivs inom sjukvårdsregionen kan sägas vara symptomatiskt med tanke på det nära samarbete som finns i denna del av landet. Bakgrunden är medvetenheten om att huvudmännen i södra regionen bör samordna prioriteringar i ett läge där patienterna kan röra sig mellan vårdgivare i olika landsting. Vi har dock intrycket att arbetet med vertikala rangordningar hade stagnerat under första delen av 2007 på grund av bristande intresse från företrädare för den medicinska professionen.¹⁰ Men det bristande intresset hade sin grund inte så mycket i tveksamhet över betydelsen av att samordna systematiska prioriteringar utan snarare i frånvaron av politiskt intresse för denna fråga. Utan en tydlig politisk markering föddes misstro inom den medicinska professionen i regionen.

4.2.3 Faktorer som påverkar organisationens kapacitet

Valet 2006 innebar att Region Skåne fick en ny politisk majoritet bestående av m, fp, c, kd och mp. Vad gäller inriktningen av hälso- och sjukvården har den nya majoriteten deklarerat att den vill uppmärksamma tillgänglighet i första linjens sjukvård, cancersjukvård och psykiatri, samt ställt sig positiv till alternativa driftsformer och entreprenörskap i vården. Den största förändringen som den nya majoriteten inledningsvis initierade var att avveckla sjukvårdsdistrikten och centralisera resursbeslut för hälso- och sjukvården till HSN.

¹⁰ Arbetet med vertikal rangordning har återupptagits hösten 2007.

Våren 2007 var det fortfarande oklart vilka konkreta avtryck som förändringen i politisk majoritet medfört. Inga synbara tecken hade observerats bland verksamhetsföreträdare utan dessa avvaktade budgetarbetet för 2008.

Ledande politiska företrädare visade sig dock vara öppna för en ny form av dialog direkt med professionella företrädare. Ambitionen var att på nytt genomföra s k dialogkonferenser med sjukhusen, för att dessa ska kunna redogöra för hur vården skulle kunna förbättras och då inte med nödvändighet genom politiska beslut.

Hjärtsjukvården i Region Skåne har enligt intervjupersonerna fått en ganska begränsad uppmärksamhet i media sedan 2004. Något har nämnts om de diskussioner som förts i regionen om uppgiftsfördelningen mellan universitetssjukhusen i Lund och Malmö. Hjärtsjukvården vid CSK brukar uppmärksammas i positiv bemärkelse i samband med rapportering om resultat från nationella kvalitetsregister som Riks-Hia.

4.3 Landstinget Västernorrland

4.3.1 Organisationsförändringar och styrformer

Landstinget Västernorrland har inte genomgått några större organisatoriska förändringar sedan vi presenterade den förra rapporten 2004. Det som hänt är att primärvården bildat en egen förvaltning. Inom det geografiska området Härnösand–Medelpad har också hjärtsjukvården koncentrerats till sjukhuset i Sundsvall.

Den politiska styrningen i Landstinget Västernorrland utövas främst genom budget enligt en traditionell förvaltningsmodell. Politikerna fördelar resurser övergripande via de geografiska förvaltningarna för slutenvården samt de separata förvaltningarna för primärvård och tandvård. Slutenvården får i sin tur medel efter befolkningsmodell (invånarantal och ålder) och primärvården efter kapitering.¹¹ De personer vi intervjuat 2007 har svårt att peka ut någon annan styrform av mer tydlig karaktär. Möjligen ser representanter för den politiska ledningen att pågående medicinska programarbete (se avsnitt 4.3.2) kan bli ett användbart styrverktyg för justeringar i den horisontella resursfördelningen. En förutsättning är dock att man får fram medicinska program för tillräckligt antal sjukdomsgrupper.

¹¹ Kapitering innebär att vårdgivaren får en i förväg bestämd summa för varje patient som finns inskriven vid mottagningen.

En central iakttagelse i den tidigare rapporten var att hjärtsjukvården i Västernorrland i hög utsträckning påverkas av ställningstaganden inom den norra sjukvårdsregionen. Denna tendens menar vi har förstärkts genom att de fyra landstingen den 1 januari 2005 bildat ett regionförbund där såväl politiska som professionella ställningstagande koordineras tydligare. Det innebär bland annat att de s k chefsamråden fått en tydligare roll vad gäller konsekvensbeskrivningar av medicinsk verksamhet, skapande av konsensus för utveckling av praxis och etablering liksom utmönstring av medicinsk teknologi. Ett exempel gäller etableringen av PCI vid det numera funktionellt samverkande sjukhuset Sundsvall–Härnösand som varit en stridsfråga inom regionen under många år. I sin bedömning 2005 konstaterade chefsamrådet att det vid den tidpunkten inte fanns underlag för utökad PCI-verksamhet utöver de i Umeå och Sunderby. En majoritet i chefsamrådet har därefter vidhållit denna uppfattning medan det skett en åsiktsförskjutning bland politikerna i förbundsdirektionen. Vid sammanträdet i augusti 2007 beslutade direktionen att uppdraga till företrädare för landstingen i Västerbotten och Västernorrland att ta fram förslag till PCI-verksamhet vid Sundsvalls sjukhus med ambition att starta verksamheten vid årsskiftet 2007/2008.

4.3.2 Arbete med systematisk prioritering

I den tidigare rapporten från 2004 konstaterade vi att landstinget i Västernorrland har en begränsad erfarenhet av systematiska och öppna prioriteringar. År 2007 ser situationen ut att vara tämligen oförändrad. Vi uppfattar att Landstinget Västernorrland fortfarande hanterar resursbrister främst genom dolda prioriteringar och bortval.

Enligt vad som framgår av våra intervjuer gör den politiska ledningen i regel inte några horisontella prioriteringar – den övergripande resursfördelning sker mer utifrån historiska faktorer än med genomarbetade behovsanalyser som underlag. Politikerna fattar heller inga beslut om öppna bortval i den medicinska verksamheten. Det man arbetar öppet med är i huvudsak större strukturförändringar som att flytta olika verksamheter mellan sjukhus m m. Införandet av nya behandlingsmetoder sker allt som oftast utan politikernas vetskap om de hanteras inom ekonomiska ramar. Endast dyrare investeringar kräver i normalfallet politiska beslut. Vissa metoder som får uppmärksamhet kan bli politiska och hanteras separat, där politiker ofta kräver att de ska införas men ändå hanteras inom befintlig budget.

Den egentliga prioriteringen i resursfördelningen sker dolt på förvaltningsnivå i förhandlingar mellan förvaltningschefer och den medicinska ledningen. Inom olika verksamheter hanterar man sedan resursbrist genom indikationsskärpning, försiktighet med nya metoder och dold prioritering via bortval.

Ett visst utvecklingsarbete kring systematiska prioriteringar är dock initierat på den politiska nivån i Västernorrland. Sedan 2003 pågår ett medicinskt programarbete under den politiskt tillsatta hälso- och sjukvårdsdelegationen (HSD) med syfte att sammanställa kunskap inom sjukdomsgrupper om behov och aktuell verksamhet. Avsikten är i slutändan att kunna styra avsatta resurser i form av tydliga överenskommelser gentemot de vårdproducerande enheterna. Inom ramen för detta programarbete har man också analyserat hjärtsjukvården. En särskild rapport avlämnades under 2005 där man belyste verksamheten i Västernorrland mot bakgrund av innehållet i NRH. Det är osäkert om programmet än så länge resulterat i några öppna politiska prioriteringar inom landstinget eller om så kommer att ske framöver. Politiska företrädare framhåller dock att programarbetet varit en viktig lärdomsprocess på vägen mot en mer behovsstyrd hälso- och sjukvård. Vid sjukhuset Härnösand-Sundsvall uppger man att verksamheterna arbetar systematiskt med rangordningar och liknande prioriteringar. Det är dock inte helt klart vilket genomslag detta egentligen fått.

Norra sjukvårdsregionens chefsråd för olika specialiteter fungerar tydligt som grindvakt för spridning av nya metoder inom regionen. Dessa måste först godkännas av chefsrådet och sedan fördelas specialitetsvis mellan region- och länsjukvården. Ett tydligt exempel på denna ordning är diskussionen kring etablering av PCI-verksamhet som vi refererar till på flera ställen i rapporten.

4.3.3 Faktorer som påverkar organisationens kapacitet

Ingen av de personer vi intervjuat anser att valet till landstingsfullmäktige 2006 inneburit någon förändring varesig när det gäller utvecklingen inom hjärtsjukvården eller arbetsformerna för prioriteringar i Västernorrland. Man framhåller att den politiska majoriteten är densamma före som efter valet samt att det råder starkt enighet kring inriktningen av hjärtsjukvården och hur arbetet kring prioriteringar ska bedrivas. Vår egen iakttagelse är emellertid att det skett en viss omsättning av personer på ledande politiska poster i landstinget. En succession innebär alltid en inlärningsperiod som för en tid rimligen påverkar den politiska kapaciteten.

Som vi konstaterade i den tidigare rapporten fick hjärtsjukvården i landstinget i Västernorrland – och sjukhuset i Sundsvall i synnerhet – stor medial uppmärksamhet under 2004. Startskottet var samhällsprogrammet ”Uppdrag granskning” som i ett inslag ifrågasatte hjärtsjukvården i Sundsvall utifrån bland annat nationella kvalitetsregister. I våra intervjuer 2007 framgår att händelsen från 2004 och dess följder haft avsevärd betydelse för hjärtsjukvården i landstinget. Den blev framför allt startskottet för en moderniseringsprocess inom hjärtsjukvården som samtliga aktörgrupper nu säger sig stå bakom.

Ett tydligt uttryck för detta är inte minst den enade front man kunnat uppvisa i frågan om att etablera PCI-verksamhet vid sjukhuset Härnösand-Sundsvall. Händelsen under 2004 har också lett till ett fortsatt intresse från den lokala pressen att mer initierat följa händelseutvecklingen inom hjärtsjukvården i Västernorrland.

4.4 Västra Götalandsregionen

4.4.1 Organisationsförändringar och styrformer

Som vi beskrev i den förra rapporten pågår sedan 2003 ett regionövergripande arbete för att utveckla och förändra vårdstrukturen i Västra Götalandsregionen. Syftet är att skapa en organisation som bättre ska tillgodose befolkningens behov av både akut och planerad vård. Strukturförändringarna omfattar bland annat nya inriktningar av vårdutbudet vid sjukhusen, beroende på om de ska fungera som akutsjukhus eller vara avsedda för planerad vård. Ett exempel är PCI-verksamheten som ska koncentreras till akutsjukhusen, och där vi nu kan se att volymen på vissa sjukhus ökat markant de senaste åren.

Under våren 2005 bildades ett särskilt prioriteringsråd med uppdrag att bereda frågor om regiongemensamma prioriteringar till hälso- och sjukvårdsutskottet. Denna arbetsform har utvecklats ytterligare då Prioriteringsrådet i januari 2007 sammanslogs med Ledningsgruppen för hälso- och sjukvårdsprogram. Uppdraget för det nya rådet – som kallas Program och prioriteringsrådet (PPR) – är att ur ett regionperspektiv bereda frågor om medicinska riktlinjer och prioriteringar till hälso- och sjukvårdsdirektören samt att vidareutveckla arbetet med medicinska riktlinjer och regiongemensamma prioriteringar.

Flera intervjupersoner framhåller att politisk styrning av sjukvården i Västra Götaland främst utövas inom ramen för den s k beställar-/utförarmodellen. Denna modell innebär i korthet att beställartjänstemän utreder människors behov av hälso- och sjukvård. Politikerna tar sedan del av beslutsunderlaget och ger utförare (producenter) i uppdrag att erbjuda invånarna den hälso- och sjukvård de har behov av. Flera personer i studien lyfter också fram andra typer av styrformer. Till exempel menar en representant för den politiska regionledningen att styrningen i dag (utöver budget) sker genom de medicinska sektorsråden och de medicinska vårdprogrammen. En annan regionpolitiker anser att styrning via professionell samverkan och spridning av goda exempel i vården är av särskilt stor betydelse.

4.4.2 Arbete med systematisk prioritering

Västra Götalandsregionen var vid tiden för vår förra studie en av få sjukvårdshuvudmän med praktisk erfarenhet av utvecklingsarbete kring systematiska prioriteringar. Denna erfarenhet bygger framför allt på det arbete som de medicinska sektorsråden utfört sedan flera år med vertikala prioriteringar inom de medicinska specialiteterna. Inom varje sektorsråd har man tagit fram prioriteringslistor utifrån diagnos och åtgärd som resulterar i en prioriteringsnivå efter angelägenhetsgrad, effektivvärde, väntetid och vårdnivå – d v s ett arbete som ligger mycket nära det riktlinjearbete inom Socialstyrelsen som resulterat i bland annat NRH. Under våren 2007 har dock PPR beslutat om ny arbetsmodell för vertikala prioriteringar som ännu mer överensstämmer med Socialstyrelsens modell. I linje med detta har man också gett de medicinska sektorsråden i uppdrag att under 2007–2008 revidera sina prioriteringar. PPR arbetar också med regionala vårdprogram som i dag finns för 19 sjukdomsgrupper och diagnoser. När det gäller hjärtsjukvården saknas dock för närvarande ett regionövergripande vårdprogram. De vårdprogram som finns har tagits fram och används på lokal nivå med begränsad räckvidd.

Våren 2005 antog regionfullmäktige vidare en arbetsmodell för prioriteringar inom regionens hälso- och sjukvård. Målet är att långsiktigt skapa en behovsbaserad och effektivare hälso- och sjukvård inom regionen. I denna modell ingår, utöver ovan nämnda vertikala medicinska prioriteringar, en inriktning för det fortsatta arbetet kring beslut om resursfördelning mellan olika verksamhetsområden eller olika större sjukdomsgrupper – d v s det man brukar kalla för horisontella prioriteringar. Man pekar bland annat ut ansvariga organ för lokala horisontella prioriteringar (Hälso- och sjukvårdsnämnderna) och regiongemensamma horisontella prioriteringar (Hälso- och sjukvårdsutskottet, regionstyrelsen, regionfullmäktige). Ett arbete har också påbörjats med att ta fram metoder för de horisontella prioriteringarna som beräknas pågå de närmaste åren. I detta utvecklingsarbete har naturligtvis ovan nämnda PPR en mycket central roll.

Sektorsrådets medicinska prioriteringslistor har man enligt uppgift börjat tillämpa praktiskt i vårdverksamheten. Det är dock svårt att se om den ökade systematiken med listorna också inneburit en ökad öppenhet i de vertikala prioriteringarna. Vidare är det svårt att ännu se några konkreta resultat – som att det påverkat politiska beslut om resursfördelning eller liknande – av PPRs arbete med att utveckla de horisontella prioriteringarna.

4.4.3 Faktorer som påverkar organisationens kapacitet

De personer vi intervjuat i studien bedömer inte att valet 2006 haft någon betydelse för utvecklingen av hjärtsjukvården i regionen, då den politiska sammansättningen i majoriteten förblivit densamma. Däremot menar representanter för den politiska regionledningen att valet i sig innebar att man medvetet sköt på en planerad ambitionshöjning i arbetet med att skapa öppna medicinska och politiska prioriteringar i regionen. Som en regionpolitiker uttrycker det:

”Man kan säga att vi hade ju på gång... en ambition att öka information... alltså ta ett steg fram när det gäller det här man kallar öppenhet, någonstans på vintern 2005–2006 när vi sa att vi vilar på hanen, egentligen inte av politisk feghet att vi inte får in frågorna i debatten, utan mer utifrån perspektivet att det inte var frågor som lämpade sig i valrörelsen... lämpar sig mer i form av folkbildningsdel, så att säga”.

Flera av intervjupersonerna upplever att det funnits en viss medial bevakning kring hjärtsjukvården i regionen sedan 2004. Vad som uppmärksammats av media finns dock varierande bilder av. En politiker på lokal nivå menar exempelvis att det funnits en medial debatt om att kvinnor och män behandlas olika inom hjärtsjukvården. Samtidigt uppfattar en annan lokalpolitiker, liksom en lokal tjänsteman, att fördelningen av uppgifter (inte minst vad gäller PCI-verksamhet) mellan olika sjukhus särskilt varit i fokus. På SÄS ser en representant för den medicinska ledningen att lokala media i ökad utsträckning bevakat hur hjärtsjukvården på sjukhuset ligger till resultatmässigt i förhållande till andra sjukhus i regionen eller i landet som helhet. Även en politiker på regionledningsnivå menar att kvalitetsjämförelser mellan sjukhus inom regionen förekommit mycket i media.

Några personer vi intervjuat menar samtidigt att det mediala genomslaget för hjärtsjukvården inte varit särskilt stort med tanke på de omfattande förändringar man faktiskt genomfört. En representant för den politiska regionledningen ger följande kommentar som förklaring:

”... dels så har ju hjärtsjukvården alltid kunnat få mera pengar genom en första sida i GP. Det har vi faktiskt inte sett på de sista tre–fyra åren. Det tror jag är en hyfsning hur vi jobbar i regionen som helhet...”.

5. ANSVAR VID REGIONAL/LOKAL IMPLEMENTERING

5.1 Landstinget Sörmland

Vi har uppfattningen att alla aktörer på ett principiellt plan finner det rimligt att målet för nationella riktlinjer ska vara en likvärdig och effektiv vård. Men vi får också exempel bland de intervjuade på att man uppfattar att vården inte är likvärdig, vare sig i alla delar i det egna landstinget eller i landet som helhet. Dessutom finner vi en stor tveksamhet till om det finns en samsyn kring vad som ska avses med likvärdig och effektiv vård i alla delar av landstinget. På den politiska sidan kan förmärkas en viss skepsis till hur långt man egentligen kan komma för att skapa likvärdig vård, men att det ändå är bra med dokument som anger en ”kompassriktning”. Beroende på vilken gruppering man pratar med varierar utgångspunkterna för resonemanget, menar en tjänsteman. Och en sjukvårdspolitiker ger exempel på hur synen på likvärdig och effektiv vård kan variera inom politikergruppen när det gäller hur angeläget det är att snabbt göra ny teknologi tillgänglig för befolkningen, och därvid ställa opinionstryck mot hänsyn till implikationerna på lång sikt för landstinget. När den medicinska ledningen tolkar ”likvärdig vård” framhålls betydelsen av att använda sig av evidens för att skapa likhet över landet. Inom tjänstemannaledningen betonas tillgången till likvärdig vård oavsett var den produceras, inom eget landsting eller på annan plats i landet.

När vi kommer in på medel för att praktiskt genomföra innehållet i nationella riktlinjer är det svårt att riktigt fånga inställningen till öppna prioriteringar i Sörmland. Det beror antagligen på att det finns mycket tvetydighet i begreppet och att landstinget inte praktiskt arbetat med vare sig systematiska vertikala rangordningar eller horisontella prioriteringar. Verksamhetsföreträdarna har dock en positiv syn på vertikal rangordning även om somliga menar att det inte är lätt att tolka nationella riktlinjer med avseende på graden av nytta för olika behandlingsformer som de anges i rangordningslistorna. Bland politikerna upplever vi dock att det finns ett intresse att tala om prioritering och en medvetenhet om att resurskraven på sjukvården kommer att allt mer nödvändiggöra en sådan diskussion – man kommer inte undan detta. Däremot är det svårt att bedöma hur politikerna mer konkret ser på vilka åtgärder som blir nödvändiga som ett resultat av dessa krav. Det framgår inte om politikerna ser nationella riktlinjer som en hjälp i det sammanhanget.

Det medel som är minst kontroversiellt för att realisera innehållet i nationella riktlinjer är utan tvekan vårdprogram. NRH har sedan dokumentet blev tillgängligt använts som underlag för lokala vårdprogram vid MSE och ett arbete med landstingsövergripande vårdprogram pågår inom Landstinget Sörmland.

I sjukvårdsregionens regi skisseras på en mottagarorganisation för nationella riktlinjer som ska utmytna i vårdprogram.

Beträffande användningen av dialog mellan olika parter för att realisera nationella riktlinjer noterar vi att en hel del har förändrats inom Landstinget Sörmland. Inom verksamheten och i olika landstingsövergripande arbetsgrupper finns idag en mer omfattande diskussion om likvärdig vård och om evidensbaserad vård än tidigare, vilket många befattningshavare tolkar som ett resultat av den organisationsförändring som skett i landstinget. Landstingsledningen i Sörmland har initierat flera sådana aktiviteter där diskussioner kring och uppföljning av nationella riktlinjer ingår. Från intervjuerna kan vi utläsa uppfattningen att dialogen har förbättrats inom den medicinska professionen och mellan denna och landstingsledningen men politikerna är inte involverade i denna förändring.

Där vi möjligt noterar olika uppfattningar i verksamheten gäller om dialog och vårdprogram räcker eller om innehållet i nationella riktlinjer inte också bör avspeglas i styrningen av sjukvården, genom uppdrag och ekonomiska medel. I Sörmland har landstingsledningen på senare år initierat flera aktiviteter som ligger i linje med innehållet i nationella riktlinjer, men det finns verksamhetsföreträdare som tydligen saknar politiska signaler genom uppdrag och pengar.

5.2 Region Skåne

Det övergripande målet för nationella riktlinjer, att bidra till en likvärdig och effektiv vård, är väl kända begrepp inom Region Skåne och uppfattas inte som kontroversiella utan omfattas av alla aktörer. När dessa begrepp ska tolkas för att omsättas i praktisk handling visar sig dock skillnader i uppfattningar. Vi finner att uppfattningarna går isär när intervjupersonerna ska bedöma om det finns samsyn mellan olika slags aktörer (politiker, tjänstemän och profession) om vad som ska avses med begreppen. Bland de intervjuade representanterna för den medicinska professionen lutar man åt att "likvärdig vård" innebär att patienterna ska ha samma möjligheter att få det som visat [medicinsk] effekt var man än befinner sig i landet. Samtidigt hävdas att det inom professionen, särskilt mellan olika specialiteter, finns ganska stora olikheter i tolkningen. På den politiska sidan hävdas att det inom denna grupp finns en samsyn men att denna inte förekommer mellan samtliga aktörsgrupper. Uppfattningarna om hur man ska nå fram till bättre resursutnyttjande kan skilja sig åt mellan politiken och professionen, menar en tjänsteman, liksom vad begreppet likvärdig vård ska omfatta, och vilken grad av tillgänglighet som ska vägas in vid sidan av behov hos patienter.

Flera politiker vi talat med anser att det är svårt att skapa samsyn så länge en öppen redovisning av resultat från vården saknas, vilket gör att politikerna inte kan bilda sig en uppfattning och ställa rätt frågor om hur det förhåller sig. I dagsläget får politikerna många olika bilder, via profession och via allmänheten.

Vi bedömer att det bland verksamhetsföreträdare finns en stark önskan att arbeta i enlighet med grundtankarna i nationella riktlinjer, genom att rangordna verksamhet och prioritera, och att tala öppet om dessa frågor. Däremot saknar man en tydlig uppfattning från politiskt håll i att se öppna prioriteringar som ett eftersträvansvärt medel – en förklaring till att arbetet i sjukvårdsregionen med systematisk rangordning under en period kom av sig. Både den tidigare och den nuvarande politiska majoriteten i Region Skåne talar i första hand om andra frågor än öppna prioriteringar.

Vårdprogram – både för enskilda sjukhuskliniker och för hela södra sjukvårdsregionen – ligger i linje med innehållet i nationella riktlinjer, att arbeta evidensbaserat, och att utjämna praxisskillnader. I detta fall är det den medicinska professionen i Skåne som själv, lokalt eller i gemensamma arbetsgrupper, driver detta arbete. Vårdprogram som medel för att förverkliga innehållet i NRH är minst kontroversiellt.

Det går inte att påstå att förekomsten av nationella riktlinjer har skapat nya dialogformer mellan politiker, tjänstemän och medicinsk profession om man med dialog avser en mer systematisk interaktion som en del i styrprocessen i Region Skåne. I södra sjukvårdsregionen har möten med bred sammansättning förekommit kring nya nationella riktlinjer – cancerriktlinjerna nämns i första hand – men detta innebär inte att dialogen behöver se likadan ut för varje sjukdomsområde som behandlas i riktlinjesammanhang – det beror på vad som kan uppfattas som nytt och kontroversiellt, och på vad professionen vill driva. Politiker får givetvis påstötningar från den medicinska professionen, men kopplar inte detta nödvändigtvis till nationella riktlinjer. Eller som en politiker uttrycker det:

” ___ är det ju som så att det argumenteras ju inte med att det är Socialstyrelsens riktlinjer, utan på något vis så argumenteras det med att idag är det evidens att göra på ett visst sätt. ___ Alltså det är ju som regel så att verksamhetsföreträdarna skickar ju nästan ibland snabbare än Socialstyrelsen in sina iakttagelser om att det borde vara så eller så.

Sjukvårdspolitiker i Region Skåne

Tjänstemannaledningen diskuterar med den medicinska professionen kring nationella riktlinjer, inte minst via de regionala medicinska råden. Men detta behöver inte involvera politiker.

Verksamhetsföreträdare kan hänvisa till nationella riktlinjer och föra fram önskemål till sjukhusledningen men detta behöver inte leda till direktkontakt med några politiker. En verksamhetsföreträdare tolkar situationen i Region Skåne enligt följande, apropå den roll som nationella riktlinjer spelar för att skapa dialog mellan profession och politiker:

”___ Tror det är mer två parallella spår som jag upplever. Riktlinjerna används nog på båda sidor men det är ganska lite interaktion kring riktlinjerna.”

Framför allt har NRH integrerats i en framgångsrik professionell dialog i Region Skåne som bidragit till en god försörjning av resurser till detta sjukdomsområde. Det är därför oklart om den medicinska professionen därutöver efterlyser en större dialog med politikerna.

5.3 Landstinget Västernorrland

De olika aktörsgруппerna – politiker, tjänstemän och medicinsk ledning – visar en relativt stor samsyn när det gäller uppfattningen av vilka problem inom svensk hälso- och sjukvård som Socialstyrelsens nationella riktlinjer avser att lösa. Så gott som samtliga personer i studien lyfter fram riktlinjer som ett verktyg att få till stånd en mer jämlik vård över landet. Några ser också riktlinjerna som ett sätt att öka kvaliteten i vården genom att man mönstrar ut sämre behandlingsmetoder.

Däremot finns en viss spridning mellan intervjupersonerna i hur man tolkar det övergripande målet i riktlinjerna om ”att stärka patientens möjligheter att få en mer likvärdig och effektiv vård” – såväl mellan aktörsgруппerna som mellan intervjupersonerna inom dessa. För några är begreppet likvärdig vård synonymt med jämlik tillgång till vård över landet (vilket man framhåller aldrig kan bli möjligt – i Stockholm kommer vården av rent geografiska skäl alltid vara mer tillgänglig för medborgarna än i Västernorrland) medan det för andra innebär att man ska använda samma metoder över hela landet. Nästan samtliga personer i studien tolkar dock begreppet effektiv vård som att den behandling man erbjuder patienten både ska vara evidensbaserad och kostnadseffektiv/ekonomiskt försvarbar.

En intressant iakttagelse är vidare att samtliga intervjupersoner uppfattar att tolkningen av målet om mer likvärdig och effektiv vård ser olika ut mellan aktörsgруппerna.

Flera intervjupersoner ger här också i sina svar indirekt exempel på det spänningsfält som finns i sjukvården mellan å ena sidan politiker och tjänstemän och å andra den medicinska ledningen och verksamheten. En tjänsteman anser bland annat att:

”... vi jobbar utifrån politiska linjer och visioner... dom är ju inte lika framträdande när dom kommer ut i professionen”.

Samtidigt menar en person i den medicinska ledningen att:

”... det som politikerna och tjänstemännen som inte har sjukvårdsutbildning, där tror jag att effektivt det är alltså billigt. Men kvalitet är av underordnad betydelse för dem”.

Samtliga personer i studien tror också att den bristande samsynen mellan aktörsgrupperna om tolkningen av målet är negativt för sjukvården som helhet, även om det finns tydliga skillnader i synen på vilka de negativa konsekvenserna egentligen är. Politiker och tjänstemän framhåller främst olika styrningsproblem och svårigheter att få igenom den politiska viljan – medan personer i den medicinska ledningen i stället lyfter fram effektivitetsproblem och svårigheter att leva upp till sjukvårdens grundläggande uppdrag. Här bör också nämnas att de flesta intervjupersoner anser att NRH liksom övriga nationella riktlinjer bidragit till en ökad dialog mellan aktörsgrupperna. Det är samtidigt oklart huruvida detta i någon riktning påverkat nämnda svårigheter för aktörsgrupperna att tala ett språk som alla förstår.

Aktörsgrupperna skiljer sig inte enbart i synen på målen för riktlinjerna och NRH utan även när det gäller medlen för att genomföra dem. Politiker och tjänstemän uttrycker liksom i den tidigare rapporten en rädsla för att NRH kräver mer pengar än vad det finns resurser till. Man menar att hjärtsjukvården redan i dag gör av med mer pengar än vad som budgeterats – inte minst för att fler patienter i dag skickas till Umeå för PCI-behandlingar, vilket är en indirekt effekt av att man följer rekommendationerna i NRH. De politiker och tjänstemän vi intervjuat framhåller också att NRH har ett övervägande storstadsperspektiv där det saknas förståelse för glesbygdens speciella villkor när det gäller att bedriva sjukvård (det finns exempelvis tidsgränser man menar blir orimliga att hålla när avstånden ökar). Precis som i den tidigare rapporten uttrycker man också önskemål om mer externt tolkningsstöd av riktlinjerna, eftersom man upplever att prioriteringar och vårdprogram främst är personalens verktyg.

En politiker formulerar detta enligt följande:

”... Däremot att man ser till att göra nationella riktlinjer sedan för beslutsfattarna så att det inte bara blir något internt för professionen. Utan man ser till att informera oss som står för resurserna också om vad som är på gång”.

För den medicinska ledningen – som i den tidigare rapporten delvis ställde sig avvaktande till användningen av öppna prioriteringar och vårdprogram i en trängd ekonomisk situation – är i sin tur användningen av NRH något helt självklart. Med undantag för uppfattningen att NRH har ett för ensidigt storstadsperspektiv ser den medicinska ledningen inget som är kontroversiellt eller oklart med riktlinjerna. Man menar tvärtom att innehållet är en syntes av den kunskapsmassa som finns inom den medicinska professionen och att rangordningslistor och prioriteringar liknande dem i NRH alltid förekommit, om än mer informellt. Dessutom betraktar den medicinska ledningen NRH som ett riktmärke för en rimlig ambitionsnivå inom hjärtsjukvården. Som en person i ledningen uttrycker det:

”... Och då är ju nationella riktlinjer, kvaliteten, ja, svenskt medelvärden på många olika sätt”.

Följaktligen anser man att hjärtsjukvården (åtminstone på sjukhuset Sundsvall-Härnösand) är kraftigt underfinansierad – och man är uppenbart irriterad på politikerna som enligt den medicinska ledningen vägrar att skjuta till tillräckligt med resurser eller att ge tydliga direktiv om vad i verksamheten som bör tas bort.

5.4 Västra Götalandsregionen

I Västra Götalandsregionen är de olika aktörgrupperna relativt eniga i sin uppfattning om vilka problem inom svensk hälso- och sjukvård som Socialstyrelsens nationella riktlinjer avser att lösa. Man menar överlag att de är ett stöd för en vård på lika villkor. Det finns också de som lyfter fram riktlinjerna som ett sätt att öka kvaliteten i vården.

Tolkningen av det övergripande målet i riktlinjerna om ”att stärka patientens möjligheter att få en mer likvärdig och effektiv vård” är dock mer spridd mellan intervjupersonerna. Den tendens man kan skönja är att merparten av politiker och tjänstemän i begreppet likvärdig vård lägger tonvikt vid ett resultat- och patientperspektiv. Representanter för den medicinska ledningen tenderar i sin tur att betona samma möjligheter till vård och behandling över landet.

Även om det uttrycks på olika sätt menar de flesta att begreppet effektiv vård står för att sjukvården ska vara ändamålsenlig. De personer vi intervjuat har vidare spridda uppfattningar om huruvida tolkningen av målet om mer likvärdig och effektiv vård skiljer sig mellan aktörsgrupperna. Några menar att det finns en samsyn mellan grupperna, andra pekar ut tydliga skillnader. Denna dualism kan även återkomma i svaren hos en och samma intervjuperson. Som en person i den medicinska ledningen uttrycker det:

”Jag tror att det finns avsevärda likheter. Att man i grunden kanske kan enas kring det liggande, men det finns också klara särintressen hos de här tre grupperingarna förstås”.

En aktörsgrupp skiljer dock ut sig genom en relativ enighet i detta avseende. Flertalet politiker vi intervjuat på både regional och lokal nivå ser inte att det skulle finnas några skillnader i målsynen grupperna emellan. Samtliga aktörsgrupper menar vidare att bristande samsyn i tolkningen av målet likvärdig och effektiv vård är negativt för sjukvården ur ett styrperspektiv och leder till sämre resursanvändning. En person i den medicinska ledningen ger följande illustrativa kommentar till denna problematik:

”... Jag har inga som helst problem med att lägga hur mycket pengar som helst på en enskild patient om jag tror att jag kan uppnå en aldrig så liten nytta för patienten. Det är värt varenda krona. Men om jag kan omsätta det till alla potentiella patienter så finns det inget skatteunderlag i världen som skulle klara av det. Utan då tilldelar politikerna vad man tycker är en rimlig kaka till de här. Och någonstans så möts de inte riktigt...”.

Här bör också nämnas att de flesta intervjupersoner anser att NRH liksom övriga nationella riktlinjer bidragit till en ökad dialog mellan aktörsgrupperna. Men det är samtidigt oklart huruvida detta i någon riktning påverkat aktörsgrupperna att enas kring olika målbilder för hälso- och sjukvården.

Både den administrativa och den politiska ledningen ställer sig bakom användningen av vårdprogram som medel för att genomföra NRH. Även representanter för den medicinska ledningen betonar att vårdprogram utgör ett viktigt redskap i implementeringen. För närvarande finns dock endast lokalt framtagna vårdprogram för hjärtsjukvården i Västra Götaland med begränsad räckvidd. Enligt vad som framkommit i vår studie finns ej heller i nuläget planer på att ta fram ett regionövergripande vårdprogram.

I Västra Götalandsregionen har också samtliga aktörsgrupper en överlag positiv inställning till ett systematiskt arbete kring öppna prioriteringar.

Man framför – i våra intervjuer men också i officiella dokument – att nationella riktlinjer och NRH är viktiga delar i pågående utvecklingsarbete kring prioriteringar liksom för att höja kvaliteten i sjukvården i regionen. Få personer kan vidare peka på något kontroversiellt eller konfliktfyllt med Socialstyrelsens riktlinjer. De synpunkter man framför handlar i regel om detaljer kring framtagandet av riktlinjerna – vilka som är med och hur ofta de uppdateras – eller tydligheten i språkbruket.

6. IMPLEMENTERINGSPROCESSEN

6.1 Landstinget Sörmland

Det går inte att påstå att Landstinget Sörmland har utvecklat en särskild implementeringsprocess för NRH av version 2004. När riktlinjerna detta år blev tillgängliga i sin slutliga form initierade det dåvarande medicinska rådet ett möte för de verksamma i vården som berördes av riktlinjerna. Det var rådet som vid den tidpunkten kände sig manat att agera för att riktlinjerna skulle uppmärksammas. Därefter har förutsättningarna på många sätt förändrats inom landstinget. Ansvar för att implementera innehållet i speciellt NRH har placerats huvudsakligen på klinisknivå, men de nationella riktlinjerna som samlat fenomen spelar en betydligt större roll 2007 inom Landstinget Sörmland än vad som var fallet 2004. Det märks på flera olika nivåer, förutom klinisknivån, där NRH redan från början fick stor uppmärksamhet. I arbetet med att utveckla länsövergripande vårdprogram utgör nationella riktlinjer underlaget, tillsammans med andra dokument. I de specialitetsvisa diskussioner som utvecklats i landstinget som en följd av divisionaliseringen behandlas nationella riktlinjer. Inom den strategiska hälso- och sjukvårdsberedningen får politiker tidig information om nyheter på det medicinska området och de nationella riktlinjer som är på gång. Vi kan konstatera att sjukvårdspolitikerna i Sörmland 2007 är betydligt mer informerade och medvetna om nationella riktlinjer än vad vi fann 2004.

Som tidigare framgått (i kapitel 4.1.1) deltar Landstinget Sörmland i ett samarbete inom sjukvårdsregionen (Uppsala-Örebro regionen) för att utveckla en mottagarorganisation för nationella riktlinjer. Ett arbete där representanter för Socialstyrelsen också deltagit och där cancerriktlinjerna blev ”pilotdokument”. Det innebär att NRH av 2004 års version inte blev föremål för ett sådant samlat mottagande. Det är dock meningen att den uppdaterade versionen som planeras till 2008 ska hanteras i denna process. Fortsättningsvis är det meningen att mottagningen ska omfatta kunskapsseminarier på sjukvårdsregionnivå liksom politiska ”viljeriktningssdokument”, och inom de professionella leden arbete med sikte på vårdprogram för hela sjukvårdsregionen. Där befinner sig inte Landstinget Sörmland idag men för cancerriktlinjerna blev det ett regiongemensamt remissvar till Socialstyrelsen (vilket inte var fallet med den tidiga NRH). Huruvida den medicinska professionen finner det meningsfullt att samarbeta på sjukvårdsregionnivå är oklart – de professionella grupperna står i början av sin verksamhet. För varje ny riktlinje som framställs nationellt är det meningen att politikerna tidigt ska informeras av den medicinska professionen i berörd specialitet.

Tanken är också att nya riktlinjer ska ge avtryck i landstingets ordinarie budget- och planeringsprocess. Detta är avsikten med den kommande mottagarorganisationen.

Vad gäller NRH finner vi att de knappast har hanterats systematiskt i landstinget ordinarie styrprocess. Riktlinjer har inte fått något stort genomslag i landstinget över klinikinivå och inte utanför snävt professionella grupper som arbetar med t.ex. vårdprogram. Den förändring som skett inom hjärtsjukvården (mest synbart genom teknologiförskjutningen från mindre trombolys till mer PCI) och som ligger i linje med innehållet i NRH, har hanterats på klinikinivå och inte resulterat i omfördelning av medel inom landstinget, utan i extra tillskott av medel. Utanför sjukhusen har inte NRH satt några stora avtryck i landstingets prioriteringar. Vad en ny mottagarorganisation för nationella riktlinjer kan spela för roll framöver för att ändra på detta, liksom landstingets styrsystem med uppdrag och budget, kan vi av naturliga skäl inte uttala oss om. Det finns politiker i Sörmland som är skeptiska till att över huvud taget styra vården genom uppdrag från den politiska nivån. Istället måste den medicinska professionen och tjänstemannaledningen finna lämpliga former för förändringar som verksamheten kan acceptera.

Vi ser dock att Landstinget Sörmland 2007 bedriver ett arbete för att samordna verksamhet på ett sätt som inte förekom för tre år sedan. Landstingsövergripande vårdprogram och professionella diskussioner för att utjämna praxis och ge patienter en mer likvärdig vård förekommer numera, och detta överensstämmer väl med tankarna i de nationella riktlinjerna. En representant för medicinsk ledning tror på en förändring framöver:

”Jag tror också att när politiker och chefstjänstemän får leva med det här så kommer man säkert att kunna få en bättre dialog med dom också, det tror jag.”

6.1.1 Aktiviteter vid sjukhuset

När NRH publicerades 2004 fanns inom medicinkliniken vid MSE en positiv inställning till NRH och dokumentet har alltsedan dess använts och återkommande refererats till vid kliniska möten och vid utredningar av dimensionering av verksamhet. Ett exempel på det sistnämnda gäller utvecklingen av primär PCI. Prioritering av patienter uppges ske utifrån innehållet i NRH även om de ansvariga läkarna ibland ställer sig frågande till i vilken utsträckning de bör ägna sig åt sådant som rangordnas på plats 5 eller 7 i NRH. Ett annat problem kan vara bristande aktualitet för allt som omnämns i NRH. Genom att hjärtsjukvård är ett område i stark utveckling räcker inte innehållet i NRH alltid till, utan de ansvariga får gå till internationella riktlinjer.

När trycket att ägna sig åt allt växer, upplevs det som en fördel att kunna luta sig mot NRH för att kunna hävda att det finns evidens för att alla kategorier av patienter inte behöver behandlas omedelbart, utan prognoserna påverkas inte negativt av en viss rangordning av angelägenhetsgrad. En person i den medicinska ledningen vid MSE uttrycker det så här:

”Jag tycker att det är otroligt bra att få det färdigserverat genom att man vägt olika studier mot varandra och visar vilka det finns tyngre bevis för och vilka det finns lättare bevis för, och det här är ett stort jobb att göra själv. Så jag ser det som en fantastisk hjälp.”

Vad gäller användningen av NRH får man skilja på de rent professionella sammanhangen och hur dokumentet ur sjukhusets perspektiv kommer till användning i landstingets resursfördelning, alltså det övergripande styrsystemet för landstinget. Skillnaden jämfört med 2004 var att då fördes de professionella diskussionerna kring riktlinjerna främst bland läkare och vårdpersonal inom MSE. År 2007 möts kardiologer från hela landstinget och i dessa diskussioner kring behandlingspraxis jämförs verksamheten vid sjukhusen med innehållet i NRH. Arbete pågår med sikte på att ta fram ett vårdprogram för kardiologi som omfattar samtliga tre sjukhus (hittills har det omfattat MSE och Kullbergska i Katrineholm). NRH har också använts av personal vid MSE som underlag för utbildning av AT-läkare, sjuksköterskor och primärvårdsläkare.

Det finns dock verksamhetsansvariga inom MSE som upplever att de hela tiden måste tolka innehållet i NRH och omsätta detta i resurstermer och att det därvidlag inte är någon skillnad från 2004 och framåt. Vissa saker går att göra utan några formella uppdrag; som att öka antalet patienter med implanterbara defibrillatorer (ICD) och få acceptans för detta retroaktivt¹². Sådant som kräver nya tjänster och förändrad organisation måste förankras uppåt, som utvidgad verksamhet inom PCI. Många av de förändringar som sker avspeglas i liten grad i uppdrag och avtal och är inte heller föremål för några långsiktiga avvägningar eller prioriteringar. Huruvida detta är ett bra sätt att arbeta kan det emellertid finnas delade meningar om inom sjukhuset. En ansvarig läkare menar att NRH har bidragit till professionell samsyn, men inte spelat så stor roll i kontakterna med landstingsledningen.

¹² ICD används för att kontinuerligt övervaka, upptäcka och behandla allvarliga rytmrubbningar i hjärtats kammare i syfte att förlänga överlevnaden.

Vid MSE uppfattas inte att det finns någon speciell aktör med ansvar för att omsätta innehållet i NRH i handling, utan detta är – i enlighet med landstingets filosofi – ett rent linjeansvar. I praktiken hamnar ansvaret långt ner i linjen, även om det finns länsövergripande grupperingar som sköter utvecklingen av vårdprogram och som spelar en roll i sammanhanget. Den organisation för mottagning av nationella riktlinjer som Landstinget Sörmland håller på att bygga upp tillsammans med andra huvudmän i sjukvårdsregionen har ännu inte påverkat sjukhuset – mer än att vissa personer blivit nominerade till de nya regiongemensamma professionella grupperna.

6.1.2 Aktiviteter i primärvården

Primärvården i Sörmland märker av nationella riktlinjer främst när dessa omsätts i vårdprogram. Det handlar då om att plocka ut och bli medveten om de delar som specifikt berör primärvården. Att primärvården också kommer i kontakt med hjärtpatienter står klart även om mer akuta skeden handläggs vid sjukhus. En primärvårdsläkare i ledande ställning menar att:

”___ vi får ju sköta efterkontrollen och kanske... framförallt dom äldre skickas ju väldigt snabbt ut för fortsatta infarktkontroller i primärvården och där har vi ju att jobba utefter de riktlinjerna då vad gäller blodfetter och blodtryck och alla dom här parametrarna. Även den psykosociala biten som gärna först kommer någon månad eller liknande efter infarkten då man börjat komma ifatt mentalt.”

Trots detta får vi intrycket att NHR spelar en relativt mindre roll för primärvården än andra nationella riktlinjer som omsätts i landstingsövergripande vårdprogram. Det spelar också en roll vilket vårdprogram som är aktuellt och som fått uppmärksamhet i landstinget och primärvården. Våren 2007 nämndes därför vårdprogrammet för KOL mer inom primärvården än vårdprogram med förankring i NRH. Primärvården blir återkommande utsatt för olika ”kampanjer” inom landstinget som gäller olika hälsoproblem som man förväntas engagera sig i och uppmärksamma. Hjärtpatienter finns där hela tiden, medan andra åkommor får extra uppmärksamhet när ett nytt vårdprogram föreligger eller när landstinget uppmärksammar något särskilt hälsoproblem. Det innebär t ex att astma-kol eller fetmaproblematik kan få stor uppmärksamhet men varken nationella riktlinjer eller vårdprogram hjälper primärvården att prioritera mellan patientgrupper – de ska ägna sig åt allt. Däremot kan riktlinjer, särskilt när dessa omvandlats till lokala vårdprogram, hjälpa primärvården att välja behandling inom en sjukdomsgrupp. Uppdateringen på hjärtområdet kommer för primärvården via kontakter med sjukhuset och då kan det vara svårt att alltid veta vad som är källan:

”Som primärvårdsdoktor hör man ofta att andra citerar olika saker och man vet inte om det är Socialstyrelsens grundriktlinjer eller om det är vårt lokala vårdprogram eller WHO eller vad är det. Vet inte vad som ligger bakom.”

6.2 Region Skåne

Liksom vid den tidigare uppföljningen (Garpenby, Andersson, Junker 2005) står det inte fullständigt klart hur politikerna i Region Skåne ser på sin roll för att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Genom de kunskapsseminarier som södra sjukvårdsregionen anordnar när nya riktlinjer föreligger får ledande politiker god inblick i kunskapsläget. Vid dessa tillfällen deltar förutom politikerna också medicinska företrädare för den aktuella specialiteten från de olika sjukhusen samt administrativ ledning. De reviderade NRH som aviseras till 2008 kommer att behandlas där. På ett formellt plan är nationella riktlinjer en fråga för hälso- och sjukvårdsnämnden – den politiska nämnd som ansvarar för övergripande resursfördelning men ledande politiker i Region Skåne markerar också att de uppfattar att det är den medicinska professionen – kollektivt genom det regionala medicinska rådet och lokalt genom respektive verksamhetschef – som förväntas agera utifrån riktlinjerna. Även sjukhuscheferna nämns som en målgrupp.

I politikergruppen finns inslag av viss skepsis mot att staten genom Socialstyrelsen utfärdar riktlinjer för hela hälso- och sjukvården. Det är däremot bra med aktiviteter som syftar till att sätta standards och som får professionen att enas, särskilt på områden som kan vara kontroversiella. Politikerna i Region Skåne tror dock inte att riktlinjer räcker för att skapa likvärdig vård - dessa bör kompletteras med öppna jämförelser i vården som gör att allmänheten kan reagera och att ett tryck riktas mot vårdproducenterna.

Det finns också sjukvårdspolitiker som upplever problem med att nationella riktlinjer dimper ned ”pö om pö”, vilket innebär att de först publicerade får all uppmärksamhet och dessa sjukdomsområden riskerar att ta ett alltför stort utrymme.

Inom administrationen i Region Skåne finns tjänstemän som förutser problem om det kommer många riktlinjer, som var och en ställer krav på nya resurser. Detta blir svårt att hantera genom det nuvarande styrsystemet.

Att fler riktlinjer leder till att politikerna skulle vara mer villiga att engagera sig i medvetna horisontella prioriteringar avfärdas av tjänstemän. Poängen med riktlinjerna är för tjänstemännen framför allt att de bidrar till att skapa samsyn inom den medicinska professionen.

Det finns ingen egentlig beredskap för att systematiskt prioritera mellan olika sjukdomsområden, och mellan områden som täcks av nationella riktlinjer och de som saknar sådana.

Inom den medicinska professionen, som bejakar framtagandet av nationella riktlinjer i nuvarande form, finns dock företrädare som ser en potentiell risk för missbruk av innehållet, om det används för horisontell prioritering, utan att de olika rangordningarna är ”nivellerade”. Då ska man veta att en 3:a är en 3:a för alla områden och så vidare.

Om intresset riktas mot den övergripande resursfördelningen i Region Skåne finns inga egentliga indikationer på att NRH har påverkat ramen. Hjärtsjukvården har sedan tidigare in-tecknat ett utrymme som verksamhetsföreträdarna verkar nöjda med. Några stora kontroverser om resurser kan därför inte noteras. Hjärtsjukvården har goda resurser och behöver inte använda NRH som hävstång för ytterligare tilldelning. En tjänsteman med god inblick hävdar apor-på hjärt-sjukvårdens resurser:

”Det kan nog snarare vara så att de är lite överkompenserade. Därför har det inte varit någon stor diskussion.”

Inte heller från politiskt håll uppfattar man att några förändringar i uppdragen till sjukvården kan knytas direkt till NRH, eller några andra av Socialstyrelsens riktlinjer. Genomgående argumenterar den medicinska professionen numera utifrån evidens, att det finns vetenskapliga underlag för att göra på ett visst sätt och att det kräver resurser, och allt som kommit fram under senare år i den vägen har givetvis påverkat den ekonomiska ramen och uppdragen och föranlett diskussion mellan politik, tjänstemän och verksamhetsföreträdare. Det går dock inte att knyta specifika riktlinjer till förändringar inom sjukvården. Även om vi inte uppfattar att NRH aktivt har kommit till användning för politisk prioritering är det ett dokument som sjukvårdspolitikerna kan nyttja för att stå emot tryck från verksamheten; att kunna förvissa sig om att professionen inte hittar på saker som den vill dra igång. Med två universitetssjukhus i Region Skåne finns en risk att teknologier som inte är utprovade smyger sig in. Politikern har här möjlighet att agera enbart om dessa nyheter kräver investeringar eller nya tjänster.

En annan tjänsteman menar att den påverkan som NRH har haft på hjärt-sjukvårdens volym och inriktning är mindre i jämförelse med den påverkan som riktlinjerna för stroke haft på strokesjukvården.

”Jag tror inte att det påverkat något speciellt. Det är mer så att när dom [NRH] kom 2004 så var det en bekräftelse på att det var rätt som det låg.”

En annan sak är dock hur NRH används internt inom hjärtsjukvården för att påverka sammansättningen av vården. Inom den medicinska ledningen nämns att NRH varit ett stöd för prioritering inom specialiteten i hela södra sjukvårdsregionen, men i praktiken också ett stöd för att kunna expandera verksamheten. I det sammanhanget nämns avvägningen mellan trombolys och PCI, där den senare blivit mer vanlig, samt användningen av ICD. Även utvecklingen av ambulanssjukvården för hjärtpatienter och användningen av läkemedel i ambulans nämns som exempel. Så ur den medicinska professionens perspektiv har NRH varit ett av flera instrument för att förändra och expandera hjärtsjukvården. Det har inte skett ”top-down” utan snarast ”bottom-up”, d v s en stegvis förändring och därefter tillförsäkring av stöd från politiker och tjänstemän genom hänvisning till NRH.

”Om man först går ut till politikerna och säger att det här behöver vi, då får man ingenting. Man måste först visa att nu har vi gjort något bra här och det går inte att vara utan det och då kan man få resurser.”

Medicinsk chef i Region Skåne

På områden som är kontroversiella tjänar riktlinjerna till att stimulera diskussioner inom professionen och att ena professionen. Den kraft som en enig profession med riktlinjer i ryggen utgör bekräftas av politiker:

”Men jag ska säga att som politiker har du inget annat val__ __ Det finns inte de som står upp och säger: Nej, vi ska inte följa den riktlinjen.”

Sjukvårdspolitiker i Region Skåne

En viktig aktör för implementeringen av NRH, som vi tidigt kunde identifiera, är det regionala medicinska rådet (RMR) för hjärta/kärl. RMR har uppdraget att samordna verksamhet i hela södra sjukvårdsregionen så att patienter blir lika behandlade. Rådet ska ta ställning till medicinska metoder och göra uttalanden om prioritering av metoder, ansvara för att innehållet i nationella riktlinjer genomförs, och uppmuntra samarbete mellan akutsjukhusen, verka för samordning av jourer, och arbeta med utveckling av gemensamma vårdprogram. Ett sådant vårdprogram för södra regionen, gällande förmaksflimmer, togs fram 2004-05 och ytterligare ett finns för arteriell trombolys.

I samband med att NRH publicerades 2004 initierade RMR hjärta/kärl en inspektionsrunda vid sjukhus i Region Skåne. Detta blev en anledning att uppmärksamma de nya riktlinjerna över hela regionen. En ny inspektion (audit) planeras. Hela innehållet i NRH kan inte följas upp, även om rådet tänker sig ett utökat formulär. Avsikten är att välja några särskilt viktiga områden för granskning.

RMR har knappast kontakt direkt med politikerna utan arbetar inom ramen för sitt stående uppdrag. Kontakterna sker mer med hälso- och sjukvårdsledningen i Region Skåne men var mer frekventa i samband med att NRH kom ut – ett tecken på att hjärtsjukvården har stabil professionell konsensus och inte betraktas som ett område med kontroverser i region Skåne.

6.2.1 Aktiviteter vid sjukhuset

Hjärtsjukvården vid CSK är organiserad som en sektion inom den större medicinkliniken. Vi uppfattar att innehållet i NRH och sättet att presentera innehållet – i form av rangordning – från 2004 och framåt har helt accepterats av de ansvariga för hjärtsjukvården vid sjukhuset och används i olika sammanhang. Några särskilda aktiviteter för att implementera NRH har därför aldrig varit nödvändiga. Riktlinjerna är väl kända och finns med när patientfall diskuteras vid klinikkens interna konferenser. Hjärtsjukvården har sedan decennier tillbaka ett eget vårdprogram som uppdateras och förväntas ligga i linje med NRH. Riktlinjerna påverkar också i praktiken fördelningen av resurser för hjärtpatienter. Rangordningen i NRH finns med när sektionschefen för hjärtsjukvård förklarar hur han tänker:

”Det ska vara rent hus i grupperna 1-5, lite av 6 och lite av 7 vid bra resurstillgång.”

Genom att delta i arbetet inom RMR hjärta-kärl och att samarbeta med övriga akutsjukhus, särskilt universitetssjukhuset i Lund, har hjärtsjukvården vid CSK kunnat expandera och även bibehålla resurser i tider av besparingskrav. Som en del av uppgörelser inom RMR och mellan sjukhusen har patientströmmar ändrats i Region Skåne, där CSK har tagit emot fler hjärtpatienter från hela sydöstra Skåne. CSK en större andel koronar angiografi medan akut PCI på jourtid koncentreras till Lund.

I Region Skåne har professionen genom RMR och andra forum möjlighet att skapa en samsyn i många viktiga frågor vilket gynnat hjärtsjukvården, och CSK är en del av detta sammanhang.

6.2.2 Aktiviteter i primärvården

Primärvården i Region Skåne har kunskap om nationella riktlinjer men vi bedömer att engagemanget är större för riktlinjerna som avser stroke än för hjärtsjukvård (NRH). Information om innehållet i riktlinjer kommer dels direkt från det lokala sjukhuset, dels via den egna FoU-organisationen. Nationella riktlinjer uppfattas generellt som något positivt, för att skapa motvikt mot studier som lyfts fram av läkemedelsindustrin. Riktlinjerna kan dock indikera vilka patienter inom en sjukdomsgrupp som ska ägnas mest tid men kan inte av primärvården användas till att ställa grupper mot varandra.

NRH har ett tydligt sjukhusfokus och påverkar inte primärvårdens resurser även om man får större ansvar också för hjärtpatienter. Primärvården har svårt att använda NRH – eller andra nationella riktlinjer – för att ändra sammansättningen av sin verksamhet. Riktlinjerna uppfattas ge argument för sjukhusen att expandera men är inte till någon egentlig hjälp om primärvården vill utöka sin mottagning genom att äska medel för en specialistsjuksköterska. Förekomsten av sköterskemottagningar – astma-kol, diabetes, hjärtsjukvård – uppfattas inte som resultatet av någon medveten prioritering utifrån nationella riktlinjer.

Ur primärvårdens perspektiv kan förekomsten av riktlinjer innebära att de olika sjukhusbaserade specialiteterna söker optimera sin behandling av respektive patientgrupper, vilket ställer till det när patienterna senare når primärvården.

”Hjärtdoktorerna sysslar med hjärta och hjärt-kärl och sen ser man inte att samma patient är i tidig Alzheimer och har lite astma-kol samtidigt. Den här samlade helheten får primärvården ta hand om medan hjärtdoktorerna ägnar sig åt sitt område.”

Verksamhetschef primärvård Region Skåne

Kring NRH finns frågetecken om sekundär prevention högt upp i åldrarna där kardiologer och allmänmedicinare kan ha olika synpunkter. Många preparat förskrivs men vem tar hand om biverkningar och dålig följsamhet?

6.3 Landstinget Västernorrland

Den politiska ledningens syn på implementeringen av innehållet i NRH skiljer sig i dag inte nämnvärt från den man redovisade 2004 i Västernorrland. Man lägger i stort sett hela implementeringsansvaret på den medicinska ledningen och professionerna i verksamheten. Som en politiker uttrycker det:

”Ja gruppen i stort det blir ju doktorerna. Det är svårt att komma ifrån. Sedan har vi ju. På alla sjukhus har vi ju sådana här särskilda hjärtsjuksköterskor och de har en otroligt viktig roll för dom finns ju tillhand för de här hjärtpatienterna... Men för ett allmänt införande av riktlinjerna är det klart att det måste vara doktorerna som tror på det här”.

Detta synsätt på implementeringsansvaret som långtgående decentraliserat delas även av representanterna för den medicinska ledningen vid sjukhuset Sundsvall-Härnösand. Däremot uppfattar de tjänstemän vi intervjuat chefsamrådsgruppen i norra regionen som den centrala nyckelaktören i implementeringsprocessen.

6.3.1 Aktiviteter vid sjukhuset

I den tidigare rapporten konstaterade vi att den medicinska ledningen vid Sundsvalls sjukhus ställde sig bakom en implementering av innehållet i NRH men att de samtidigt saknade en tydlig uppfattning om lämplig väg framåt. Föreliggande studie visar att man numera på sjukhuset Sundsvall–Härnösand kommit att använda NRH som underlag i tre mer eller mindre medvetna processer. En sådan som särskilt lyfts fram är arbetet med att få en mer enhetlig praxis i behandlingar, där NRH uppges varit en styrande referens i till exempel utformningen av vårdprogram inom hjärtsjukvården. Man kan också direkt peka på vissa mindre verksamma behandlingsmetoder som fasats ut med anledning av riktlinjerna.

Vidare framkom i intervjuerna en tydlig strategi att göra Sundsvall–Härnösand till ett inom kardiologin modernt sjukhus. I linje med detta har man gjort vissa omorganisationer inom kardiologin och bland annat skapat en renodlad medicinsk akutvårdsavdelning liksom en mer renodlad kardiologiavdelning. Man har också anställt en ny divisionschef med ett mer eller mindre uttalat uppdrag att modernisera kardiologin på sjukhuset. Ett ytterligare led i moderniseringsprocessen är att man fortsatt driva kravet på att få etablera egen PCI-verksamhet i Sundsvall–Härnösand. För både medicinsk och administrativ ledning på sjukhuset utgör NRH enligt vår tolkning inte bara ett sätt att få goda argument gentemot omgivande aktörer i moderniseringen av kardiologin utan även ett bärande tankegod och en vision om varemot man bör sträva. Den tredje process där man uttalat använder sig av NRH är äskandet av mer resurser till hjärtsjukvården på sjukhuset. En person vi intervjuat i den medicinska ledningen ger exempel på hur detta kan gå till i sitt svar på frågan om NRH påverkat resursfördelningen till hjärtsjukvården:

”Tyvärr inte. Men snart. Alltså vi tog upp det här. Vi har tagit upp det i varje verksamhetsberättelse... vi har ju frågat dem [sjukhusdirektörerna, vår anm.] men inte fått något riktigt svar. Har ni läst verksamhetsberättelserna? Nja, så där. Det är det vi hela tiden har hävdat till exempel inom hjärtsjukvården att vi är hälften så många, vi har hälften så många kardiologspecialisttjänster som motsvarande länssjukhus i Sverige, vi är fem och de är tio. Ja, det är synd det men vi har inte budget för det utan det där, där har de ju sagt, att det där det får klinikchefen eller verksamhetschefen ändra på inom budgetram”.

6.3.2 Aktiviteter i primärvård

Vi konstaterade i den förra rapporten att representanter från primärvården inte såg sig som delaktiga i det då pågående eller det kommande implementeringsarbetet för NRH. Enligt den person vi nu intervjuat har NRH kommit att påverka primärvårdens sätt att arbeta i åtminstone två avseenden.

För det första menar man att primärvården tagit till sig de delar i riktlinjerna som berör det preventiva arbetet när det gäller hjärtkärlsjukdomar vilket bland annat inneburit att man sett över personalens utbildning. Det andra är att primärvården – efter dialog med hjärtsjukvården – ändrat indikationen för remiss för utredning av ballongsprängning (PCI), så att fler patienter i dag utreds i ett tidigare skede. Intervjupersonen ger följande beskrivning av hur det gått till:

”Det är lite grand som det har, jag vet inte om det passar i den här frågan, men vi har haft en dialog. Det var ju som jag sade här att vi har ju haft väldigt lite av ballongsprängningar... Det har svängt lite grand så vi har ju haft möte med kardiologen, vi har haft information om att man bör skicka mer remisser att man bör börja utreda för eventuell ballongsprängning i ett tidigare symtomskede och annat. Så där har ju kommit en dialog mot primärvården att försöka ändra den strömmen och jag tror, jag har inte några siffror på, men jag har också för mig att det har inneburit att man började remittera i tidigare fas”.

6.4 Västra Götalandsregionen

Synen på ansvarsfördelningen i implementeringen av NRH i Västra Götaland skiljde sig mellan politik, administration och profession när vi gjorde våra intervjuer 2004 – framför allt vad gäller politikernas roll. Från den politiska sidan såg man som sitt ansvar att ta principiell ställning för det övergripande prioriteringsarbete som bedrivs i regionen. Den administrativa ledningen i sin tur menade att NRH kommer att integreras i regionens arbete med öppna prioriteringar och omstruktureringar i vården. Detta innebär att politiken i något skede lär tvingas ta direkt eller indirekt ställning till riktlinjerna. Samtidigt fanns en relativ samsyn mellan aktörsgrupperna kring förväntningarna på sektorsrådet för hjärtsjukvård att driva implementeringsprocessen av NRH, framför allt via arbetet med den regionövergripande prioriteringslistan.

År 2007 har bilden till viss del förändrats. Inte någon av de personer vi intervjuat lägger ett explicit implementeringsansvar på den politiska ledningen. I övrigt framgår två delvis motsatta perspektiv på implementeringen i intervjuerna. En grupp av personer – framför allt bestående av centrala tjänstemän och politiker – ser implementeringsansvaret som fördelat på olika nivåer inom regionen utifrån ett mer eller mindre fastlagt ledningssystem. Inom detta har de medicinska sektorsråden naturligtvis en viktig funktion att fylla liksom Program och prioriteringsrådet (PPR), men så även sjukhusledningarna och enskilda kliniker.

En centralt placerad tjänsteman menar bland annat att:

”... Vi måste se det som att det finns ett ledningssystem på sjukvården i Västra Götaland. Var och en av beslutsfattarna gör sin grej. Det är alltså inte bara Läkarförbundets medlemmar som har alla de här frågorna i sin hand utan det finns en rad roller som ska spelas...”

Några andra intervjupersoner menar att ansvaret främst ligger långt ner i organisationen hos verksamhetschefer och enskilda läkare på kliniken. Detta synsätt anförs främst av lokala politiker och tjänstemän samt representanter för den medicinska ledningen. Men även en politiker på regional nivå uppfattar att ansvaret i betydande utsträckning är decentraliserat:

”Det måste ändå bli linjeorganisationen alltså. Att det har fattats beslut om att de här riktlinjerna ska följas i Västra Götalandsregionen så är ju det ett chefsansvar tillsatt att de följs... men sedan är det klart att de som jobbar där har det slutliga ansvaret...”

Samtidigt finns även de personer vi intervjuat som uppfattar att man ledningsmässigt aldrig riktigt fastställt hur den här typen av riktlinjer ska implementeras.

6.4.1 Aktiviteter vid sjukhuset

Vid SÅS i Borås uttryckte sjukhusledningen 2004 en tydlig avsikt att implementera NRH. Man kunde också peka på flera utvecklingsprojekt med detta syfte. Vid medicinkliniken pågick bland annat ett projekt där man utifrån NRH arbetade med prioriteringsgrundande resursfördelningar, utveckling av beslutsstöd och förkortning av väntetider m m. Den årliga uppdateringen av vårdprogrammet för hjärtsjukvård var en annan aktivitet som då ingick i implementeringsprocessen.

I våra intervjuer 2007 ger sjukhusledningen fortsatt uttryck för en mycket positiv hållning gentemot NRH. En person i ledningen säger bland annat:

”Nej jag tycker att det i huvudsak, eller nästan uteslutande är positivt. Jag tycker det är väldigt bra att riktlinjerna är nationella, att man startat i det nationella. Och jag är mycket för ordning och reda och struktur”.

Representanter för sjukhusledningen menar också att det numera på SÅS finns en tydlig och framgångsrik struktur för implementering av den här typen av riktlinjer och vårdprogram.

I korthet innebär strukturen att chefläkaren på stabssektionen har övergripande ansvar för att linjeorganisationen fångar upp frågan om implementeringen – sedan är det linjechefernas ansvar att implementeringen verkställs. På kliniknivå har man vidare fortsatt utveckla det beslutstöd som nämns ovan. Rent konkret är det ett IT-stöd som kallas hjärtjournalen och som innebär att användaren inte kan gå vidare i systemet utan att göra ställningstagande i enlighet med riktlinjerna.

6.4.2 Aktiviteter i primärvården

Vid tiden för vår förra studie fanns önskemål från primärvårdens sida om att delta i implementeringen av NRH i regionen. I intervjuerna gjordes samtidigt vissa antydningar om friktioner i relationen mellan sjukhus och primärvård som kunde få bäring på implementeringsprocessen. Av vad som framgår 2007 används NRH i dag inom primärvården främst i egenskap av underlag för lokala vårdprogram som tagits fram i samverkan med länssjukvården. Den representant vi intervjuat lyfter också fram svårigheter med riktlinjerna, som är av annan karaktär än ovan nämnda samarbetsproblem. Ett sådant hinder är att primärvården knappast lämpar sig för vertikala prioriteringar. Man uttrycker det som följer:

”Ja, men vi kan inte göra någon vertikal prioritering och det har vi svårt att få regionen att förstå. Vi gör ju liksom den första bedömningen. Vi måste klara allt först, sedan kan vi prioritera. Men vi har ju 800 diagnosgrupper. Vi kan inte prioritera inom varje diagnosgrupp. Så vi har en annan typ av prioriteringar, som vi försöker få acceptans för”.

En annan särskild svårighet som intervjupersonen lyfter fram är att NRH i för stor utsträckning fokuserar på sjukhus, teknik, läkemedel m m medan det preventiva arbetet hamnar i bakgrunden. Representanten anser också att riktlinjerna skulle användas mer om de vore tydligare när det gäller primärvårdens roll och uppdrag:

”Ja, men alltså sammanfattningen, om man tittar på den, så är den ju väldigt sporadisk eller vad man säger. Väldigt övergripande, så att den kan man ju använda mer än som en orientering till vad som står. Men jag tror att man skulle kunna dela upp det. Nu har vi arytmier, vi har infarkt, vi har svikt, vi har detta. Jag tror att man skulle kunna dela upp det i primärvård, länssjukvård och någonting sådant också. Så jag kan gå in och titta på mitt primärvårdsavsnitt. Vad förväntas av mig?”.

7. DISKUSSION AV RAPPORTENS RESULTAT

7.1 *Diskussionens disposition*

Vi kommer inte att göra någon sammanfattning av situationen för 2007 i de fyra landstingen/regionerna, utöver vad som framgår av resultatredovisningen i kapitel 6. Istället lägger vi tyngdpunkten på en analys av hela den period som vi studerat (2004-2007). Först tolkar vi implementeringsprocessen i ett aktör-strukturperspektiv som redovisas per huvudman. Därefter går vi över till att diskutera fördelningen av ansvar vid implementeringen av NRH mot bakgrund av Matlands teori om aktörernas uppfattningar av mål och medel. Sedan gör vi en bedömning av hur förutsättningarna i den mottagande organisationen (landstingen/regionerna) har påverkat implementeringen av NRH (passform). Slutligen för vi en diskussion om förändringar som anknyter till NRH som vi kan observera.

7.2 *Tolkning av skeendet över tiden (2004-2007)*

7.2.1 Implementeringsprocessen

Landstinget Sörmland

Implementeringstruktur

Vi bedömer att det arbete som påbörjats i sjukvårdsregionens regi knappast haft någon betydelse för implementeringen av 2004 års NRH – betydelsen av denna nya struktur kommer att visa sig först senare, när den reviderade NRH publiceras, liksom kommande nationella riktlinjer. Den strukturella förändring som haft störst påverkan på olika aktörer är landstingets övergång från geografisk förvaltningsorganisation till landstingsövergripande divisioner. Detta har banat väg för nya samordnade aktiviteter i implementeringen av NRH, med fokus lagt på professionella grupperingar.

Aktörer

I Landstinget Sörmland har implementeringen av NRH förändrats under perioden 2004 till 2007 på så vis att flera aktörer på olika nivåer nu är inblandade. I det första skedet (2004) var det verksamhetsledningen vid MSE som handlade mycket på egen hand. Rollen som ”påskyndare” kunde knytas till enskilda personer i den medicinska ledningen, långt ned i organisationen. Det dåvarande medicinska rådet agerade på landstingsnivå för att skapa uppmärksamhet kring NRH, men kan knappast sägas ha samordnat några aktiviteter (rådet hade ingen operativ roll).

Den medicinska ledningen vid MSE spelade fortfarande 2007 en viktig roll för att anpassa verksamheten efter innehållet i NRH – exempel är ambitionen att samordna verksamhet med Landstinget Västmanland (sjukhuset i Västerås) för att erbjuda bättre tillgänglighet i hjärtsjukvård (akut PCI). Landstingsledningen har också börjat använda den nya divisionsorganisationen, och linjefunktionen (landstingsdirektör med stab, division, klinik), för att stödja implementeringen av riktlinjer. Arbetet med landstingsövergripande vårdprogram är det främsta exemplet på detta.

Vi bedömer att det 2007 inte fanns en aktör på en nivå som kan sägas vara ”påskyndare” utan rollen var delad, mellan den medicinska ledningen vid MSE och den medicinska utvecklingsenheten i landstingsdirektörens stab. Vi kan inte se att den politiska ledningen påverkat implementeringen vare sig i ett tidigare eller senare skede.

Region Skåne

Implementeringstruktur

Implementeringen av NRH i Region Skåne kom i tiden att sammanfalla med det förändringsarbete som gick under namnet ”Skånsk livskraft” och som syftade till att anpassa sjukvårdens organisation till fyra ”vårdlogiker” (närsvård, akut sjukvård, planerad sjukvård och högspecialiserad vård). Möjligheten att omsätta innehållet i NRH i praktisk handling förstärktes genom den nya organisationen där CSK blev ett av regionens fyra akutsjukhus och därmed fick nya uppdrag. Detta arbete på övergripande regionnivå har haft betydelse för enskilda sjukhus och har underlättat arbetet för den medicinska professionen att implementera innehållet i NRH. Några särskilda projekt för att implementera NRH har dock aldrig genomförts vid CSK utan verksamhetsledningen har successivt anpassat det kliniska arbetet efter NRH. Vi kan dock inte se att det arbete med vertikala rangordningar inom sjukdomsgrupper som bedrivits inom södra sjukvårdsregionen har haft någon betydelse för implementeringen av NRH. Detta arbete har befunnit sig på försöksstadiet.

Aktörer

Implementeringen av NRH i Region Skåne har under hela tidsperioden 2004 till 2007, enligt vår bedömning, vilat på den medicinska professionen, genom det regionala medicinska rådet för hjärta-kärl och verksamhetsledningarna för hjärtsjukvården vid akutsjukhusen. Genom formella och informella uppgörelser, som manifesterats i lokala vårdprogram och på senare tid även program gemensamma för sjukvårdsregionen, har hjärtsjukvården utvecklats och säkrat ett resurstillskott. De politiskt beslutade uppdragen har snarast blivit en bekräftelse på en utveckling som drivits av en samordnad profession.

Liksom i det tidigare skedet var det i det även senare RMR för hjärta-kärl som intagit rollen som ”påskyndare” för implementeringen.

Landstinget Västernorrland

Implementeringstruktur

Genom tillkomsten av Norrlandstingens regionförbund har ambitionen av samordning blivit än tydligare mellan de fyra ingående landstingen. Under hela implementeringsprocessen har förekomsten av denna struktur påverkat hanteringen av NRH inom Landstinget Västernorrland. Vi har i den tidigare rapporten, liksom i denna rapport, redogjort för den ambition som funnits vid sjukhuset Sundsvall-Härnösand att etablera åtminstone viss PCI-verksamhet, men där ställningstaganden i sjukvårdsregionen, sedermera regionförbundet, påverkat. Där har hela tiden ställningstaganden styrts av ambitionen att slå vakt om patientunderlaget för Norrlands universitetssjukhus i Umeå (NUS).

Aktörer

I Landstinget Västernorrland visade inte den politiska ledningen eller tjänstemannaledningen inledningsvis (2004) något engagemang i fråga om implementeringen av NRH, utan detta betraktades som en uppgift för den medicinska professionen och verksamhetsledningarna vid främst sjukhusen. Om tolkningen av innehållet i NRH därvidlag skulle leda till krav på organisatoriska förändringar och nya resurser, måste en samordning ske inom den norra sjukvårdsregionen. Vi kan inte se att landstingsledningen 2007 uppvisar en annorlunda hållning. Vi kan inte heller se att resursfördelningen till sjukvården påverkats av förekomsten av NRH. Det medicinska programarbetet som landstinget bedriver och där politikerna medverkar kan enligt vår mening inte sägas ha resulterat i några ställningstaganden som innebär en mer medveten prioritering. Resursfördelningen följer historiska mönster och pengarna till hjärtsjukvården fördelas långt ned i organisationen.

En skillnad mellan situationen 2004 och 2007 kan vi dock observera, och den gäller samordningen inom den medicinska professionen, ansvarig för hjärtsjukvården i Sundsvall-Härnösand. År 2004 kunde vi notera att det fanns divergerande uppfattningar om såväl innehållet i NRH som hur detta lämpligen borde implementeras. År 2007 hade detta förändrats och istället fann vi en samlad ambition för utjämning av skillnader i praxis och utmönstring och etablering av medicinska metoder. En enad inställning från professionen torde vara en förutsättning för att uppbringa stöd från politikerna i det egna landstinget för att tillsammans kunna driva frågor inom ramen för det norrländska regionförbundet.

Vi kan notera att den politiskt tillsatta direktionen för regionförbundet i september 2007 gav klartecken till Landstinget Västernorrland att i samarbete med Landstinget Västerbotten ta fram förslag till PCI-verksamhet vid sjukhuset Sundsvall-Härnösand med ambitionen att starta denna vid årsskiftet 2007/2008.¹³

Västra Götalandsregionen

Implementeringstruktur

Bland de fyra huvudmän som vi studerat är det Västra Götalandsregionen som har en medveten policy för vertikala medicinska prioriteringar och horisontella politiska prioriteringar. Arbetet påbörjades redan 2001 och ansvaret för de olika uppdrag som ingår har sedan dess konkretiserats i flera steg. Vi kan konstatera att det i regionen existerar en komplicerad struktur för styrning och ledning av verksamheten, genom en decentraliserad beställarorganisation i kombination med övergripande stödfunktioner för koordinering. SÄS är också ett av de sjukhus som genom de strukturförändringar som genomförts i regionen fått ett väl definierat uppdrag inom hjärtsjukvården.

Aktörer

Ansvaret för de medicinska prioriteringarna för hela regionen vilar på respektive sektorsråd, varav ett ansvarar för hjärtsjukvård. Från 2007 ska utgångspunkterna för det arbete med vertikala prioriteringar som de medicinska sektorsråden bedriver anpassas till den modell som Socialstyrelsen tillämpar för de nationella riktlinjerna. Lokala horisontella prioriteringar vilar på de geografiska hälso- och sjukvårdsnämnderna i egenskap av beställare av vård, medan HSU och ytterst regionfullmäktige ansvarar för övergripande horisontella prioriteringar. En annan nyckelaktör är dock PPR som domineras av tjänstemän och medicinskt sakkunniga. Vi hade 2004 svårt att ta ställning till om sektorsrådet för hjärtsjukvård kunde sägas vara ”påskyndare” för implementeringen av NRH. Det berodde på att det studerade sjukhuset i regionen, SÄS, bedrev egna projekt för implementering som inte i alla delar var koordinerade med något övergripande arbete. Vi kunde också notera att politikerna i Västra Götalandsregionen initialt tog på sig ett ansvar för implementeringsprocessen. Situationen hade förändrats 2007 så till vida att sektorsrådet pekades ut som huvudaktör liksom prioriteringsrådet, medan vi inte kunde se något politiskt engagemanget i att driva implementeringen av riktlinjerna. Detta kan vara ett tecken på att man i regionen klarat ut ansvaret för olika uppdrag. På ett formellt plan är det utan tvekan sektorsrådet för hjärtsjukvård som ska fungera som ”påskyndare” för implementeringen av NRH.

¹³ I detta ställningstagande ligger att dygnetrunt- och åretruntjour ska skötas av NUS i Umeå.

Vi har dock fortfarande – med ledning av våra intervjuer – svårt att avgöra i vilken grad rådet har axlat rollen. Vid SÅS har verksamhetsledningen helat tiden givit uttryck för en mycket positiv inställning till NRH och har också genomfört projekt som syftar till att integrera innehållet i lokala vårdprogram och det dagliga kliniska arbetet.

7.2.2 Ansvar för implementering

Som vi sett i tidigare avsnitt (i kapitel 2) betraktar Socialstyrelsen NRH som ett sjukvårdspolitiskt dokument. Socialstyrelsen förväntar sig med andra ord en implementeringsprocess i landsting och regioner där beslutsfattare på olika nivåer ingår – från klinisk verksamhet till politisk ledning. Från Socialstyrelsens sida finns dessutom en förhoppning om att processen ska leda till ökad dialog mellan centrala aktörer, tydligare uppdrag och i slutändan förändrad praxis.

En central fråga för vår studie är om Socialstyrelsens ambitionsnivå med NRH verkligen är rimlig. Kommer den politiska-administrativa nivån att axla en roll i sammanhanget eller blir det vårdpersonalen som tillämpar riktlinjerna efter bästa förmåga? Finns goda förutsättningar för ökad dialog och tydliga uppdrag? Vår tes är att vaga anvisningar från en myndighet inte är tillräckliga för en regional implementering så som Socialstyrelsen föreställer sig den. Det som enligt vår mening främst avgör processens utformning är hur centrala aktörer uppfattar riktlinjernas mål och medel.

Här ansluter vi oss till Richard E Matland och det resonemang han utvecklar i sin ”Ambiguity-Conflict Model” från 1995. I denna modell illustrerar Matland hur varierande grad av *konflikt* och *vaghet* i de offentliga programmen kan leda till implementeringsprocesser med helt olika förutsättningar (för genomgång av Matlands teori se avsnitt 3.2.2).

I studien från 2004 kunde vi påvisa att det i samtliga fyra landsting/regioner i huvudsak fanns en *uppslutning kring de övergripande målen* i NRH, såväl på den politiska-administrativa nivån som inom verksamheten. De invändningar som påträffades i framför allt Västernorrland och Sörmland – om det realistiska i likvärdig vård – uppfattade vi som främst ett uttryck för att målen är diffusa. Vidare fann vi att de centrala aktörsgруппerna hade en ganska *vag uppfattning kring angivna medel* för NRH i samtliga fyra landsting/regioner. Sammantaget gav detta oss skäl att förvänta ett genomförande av NRH i linje med vad Matland kallar en *experimentell implementering* där ansvaret är decentraliserat och utförandet skiljer sig mellan lanstingen/regionerna.

Vi tyckte oss också mycket riktigt se tecken på en experimentell implementering av NRH i inledningskedet av genomförandet 2004.

Ansvar hamnade långt ner i organisationen – främst på verksamhetsnivå – och det fanns stora skillnader i landstingens/regionernas agerande. Förklaringen var enligt vår mening att verksamheten först måste göra sin ”läxa” och erbjuda den politiska-administrativa nivån en tolkning om vad NRH egentligen innebär för landstinget/regionen. När väl underlagen finns på plats är manegen bättre krattad för politiker och tjänstemän på central nivå att göra olika former av ställningstaganden.

Vad har hänt sedan dess? Sker genomförandet av NRH fortfarande på ett sätt som kan karakteriseras som experimentell implementering? Eller har den politiska nivån börjat agera? Utifrån den studie som gjordes i början 2007 kan vi konstatera att det på tre år faktiskt skett en hel del förändringar i implementeringsprocessen. Inom landstinget i Västernorrland har till exempel den medicinska ledningen en betydligt mer samlad och positiv hållning gentemot NRH och de medel som krävs för ett genomförande jämfört med hur det var vid tiden för vår förra studie. Man har i Västra Götalandsregionen fortsatt utveckla nya arbetsformer för systematiskt prioriteringsarbete exempelvis via det nystartade program- och prioriteringsrådet. Vidare finns i landstinget i Sörmland en mer omfattande dialog kring likvärdig vård och evidensbaserad vård i dag jämfört med 2004. Samtidigt finns exempel där utvecklingen inte gått framåt lika tydligt. Ett sådant är Region Skåne där arbetet med systematisk vertikal rangordning för en tid kom av sig mycket beroende på tydliga politiska signaler. Detta arbete har på nytt startat under hösten 2007.

Vår inställning är emellertid att genomförandet av NRH under 2007 i huvudsak sker inom ramen för en experimentell implementering. Det är fortfarande så att de olika aktörgrupperna i samtliga landsting/regioner företrädesvis sluter upp bakom mål och medel för NRH men uppfattar dem som diffusa och vaga. Implementeringsaktiviteterna utspelas också alltså på en låg nivå inom respektive landsting/region. Västra Götalandsregionen utgör här möjligen ett undantag då man tagit fram en arbetsmodell för att hantera riktlinjer inom ramen för ett övergripande prioriteringsarbete i regionen. Eftersom denna arbetsmodell ännu inte riktigt prövats i praktiken – det finns få om något exempel på politiska beslut kring justeringar i resursfördelning som grundar sig på behovsanalyser utifrån riktlinjerna – är det svårt att för närvarande beskriva implementering i Västra Götaland som mer politisk än experimentell. Ett annat landsting som visar inslag av politisk implementering är Västernorrland som en del av det regionala samarbetet i Norrland. Det vi tänker på är främst beslutet i den politiskt tillsatta direktionen för regionförbundet om att förbereda för PCI-verksamhet vid sjukhuset Sundsvall- Härnösand från 1 januari 2008. Frågan är emellertid för specifik och avgränsad för att vi ska karaktärisera hela implementeringsprocessen av NRH i Västernorrland som politisk.

En naturlig följdfråga är då varför man inte kommit längre. Varför flyttas inte ansvaret för genomförandet av riktlinjerna i högre utsträckning upp till mer central beslutsnivå inom respektive landsting/region? Svaren kan i princip vara två. Det ena är att tiden mellan 2004 och 2007 helt enkelt är för kort. Arbetet kring NRH är för nytt för att verksamheten ska kunna erbjuda den politiska-administrativa nivån en tolkning av vad riktlinjerna egentligen innebär för landstinget/regionen som helhet. Processen måste med andra pågå ytterligare en tid för vi ska kunna skönja resultat av riktlinjearbetet i de politiska besluten. Det andra svaret är att det under ytan finns konflikter kring mål och medel i NRH som inte kommer fram i intervjuerna. Vi tänker här främst på medlet om öppna prioriteringar som brukar anses som konfliktfyllt ur politiskt hänseende. Man kan med andra ord misstänka att det finns institutionella strukturer som motverkar politiska ställningstaganden kring utbudsminskningar och omfördelningar oavsett hur goda konsekvensbeskrivningar riktlinjerna än leder till. Om så är fallet lär det dröja innan vi ser några reella förändringar i beslutspraxis inom landstingen/regionerna på grundval av NRH.

7.2.3 Passform

Hur ser ”passformen” ut mellan NRH och de förhållanden som råder inom den mottagande organisationen? Enligt Socialstyrelsen ska mottagandet av riktlinjerna resultera i lokala och regionala vårdprogram, dialog mellan olika aktörer samt systematiska och öppna prioriteringar. Förutsättningarna hos mottagaren kan variera och kan också förändras över tiden. Vi har valt att titta på ett antal faktorer som vi bedömer kan ha betydelse för genomförandet av NRH. Faktorerna är organisationsstrukturen hos landsting/region, styrsystemet för resursfördelning, förekomsten av systematiskt arbete med prioriteringar på landstings/regionnivå och slutligen organisationens kapacitet som kan påverkas av bl a politiska förhållanden och opinionstryck från omvärlden.

a) Organisationsstruktur

Det är inom Landstinget Sörmland som den största förändringen har inträffat under perioden 2004 till 2007, med konsekvenser för ”passformen” mellan organisation och NRH. Avsikten med nationella riktlinjer är bl a att bidra till att skillnader i praxis kan utjämnas, och genom divisionaliseringen inom landstinget har nya samarbetsformer utvecklats inom den medicinska professionen med målet att skapa länsgemensamma vårdprogram. Detta ligger i linje med intentionerna bakom NRH. Tidigare arbetade varje sjukhus i hög grad på egen hand med att anpassa verksamheten till NRH.

Även inom Region Skåne och Västra Götalandsregionen har strukturarbete förekommit under den studerade perioden som vi bedömer har underlättat implementeringen av NRH. Detta har påverkat förutsättningarna för de sjukhus som ingår i studien, nämligen CSK och SÄS.

För dessa har strukturarbetet, med syftet att koncentrera resurser till några akutsjukhus, förbättrat möjligheterna att leva upp till innehållet i NRH. Sjukhusen har tilldelats uppgifter så att förutsättningarna att leva upp till innehållet i NRH har påverkats positivt.

Hjärtsjukvården inom Landstinget Västernorrland har berörts av beslut inom det norra regionförbundet. Etableringen av regionförbundet innebär en utökad ambition till samordning. Det medför att i vissa medicinska frågor har de ingående landstingen överlåtit beslutskapacitet till en annan organisation. Detta påverkar ett litet landsting som Västernorrland betydligt mer än vad som är fallet med Region Skåne som dominerar inom den södra sjukvårdsregionen.

b) Styrsystem

Socialstyrelsen tänker sig att innehållet i nationella riktlinjer ska genomföras i dialog mellan olika aktörer på regional/lokal nivå (profession, administration, politiker). Det är svårt att ha någon klar uppfattning om vad som ska avses med ”dialog”. De styrsystem som existerar hos de fyra huvudmännen inbjuder inte till dialog mellan olika parter – de har istället bidragit till en stark funktionsuppdelning. Medicinska chefer upplever inte att de kan kommunicera direkt med politiska beslutsfattare. Det saknas i stor utsträckning forum för dialog mellan profession och politiker inom landsting/region. Däremot ser vi inslag av förstärkt dialog inom professionen och mellan profession och administration kring nationella riktlinjer i Landstinget Sörmland och dialog kring NRH har under perioden också förekommit mellan dessa parter i Region Skåne. I Västra Götalandsregionen är etablerandet av PPR ett exempel på en dialog mellan administration och medicinsk profession i form av sektorsråden men det är tveksamt om NRH har behandlats i detta sammanhang. De styrsystem för resursfördelning som tillämpas inom de studerade landstingen/regionerna har enligt vår uppfattning svårt att hantera ändrade förutsättningar som kan uppstå genom innehållet i nationella riktlinjer. Det är inte självklart var i systemet prioriteringar ska ske – i regel sker de långt ner i organisationen – och nya ställningstaganden om resurstillskott eller omfördelningar av resurser mellan verksamheter är svåra att hantera med nuvarande styrsystem.

Vi har uppmärksammat att konferenser kring nationella riktlinjer förekommer i sjukvårdsregionernas regi där olika aktörer deltar, och där Socialstyrelsen medverkar. Vi bedömer dock att 2004 års version av NRH inte blev föremål för den typen av konferenser som senare har utvecklats. I Uppsala-Örebro regionen har påbörjats ett ambitiöst arbete som syftar till att sammankoppla nationella riktlinjer, gemensamma vårdprogram och även de ingående landstingens styrsystem.

Inom norra regionen har på senare tid bedrivits ett arbete för implementering avseende cancerriktlinjerna och detsamma gäller för Västra Götaland. Det är emellertid alldeles för tidigt att uttala sig om vad sjukvårdsregionernas arbete kommer att resultera i. Om vi enbart håller oss till NRH kan vi för perioden 2004 till 2007 inte se några tecken på att riktlinjerna har resulterat i en mer utvecklad dialog mellan medicinsk profession, administration och politiker, eller att detta har påverkat styrsystemet.

c) Systematiska prioriteringar

I Västra Götalandsregionen pågår sedan 2001 ett utvecklingsarbete för vertikal rangordning av medicinska åtgärder, där uppgiften vilar på de medicinska sektorsråden. Regionen har förklarat att arbetet syftar till horisontella prioriteringar, där PPR tilldelats en nyckelroll. Region Skåne ingår sedan några år tillbaka i det arbete med vertikal rangordning inom sjukdomsgrupper som bedrivs i södra sjukvårdsregionens regi. I södra sjukvårdsregionen befinner sig dock arbetet med vertikal rangordning i ett skede där det ännu inte har satt några spår i verksamhetens ordinarie styrsystem. I vare sig Landstinget Sörmland eller Landstinget Västernorrland har vi funnit några exempel på ett sammanhållet arbete med prioriteringar som är gemensamt för hela landstinget. I Landstinget Västernorrland pågår ett medicinskt programarbete som innebär en behovsinventering inom sjukdomsgrupper som i förlängningen kan användas för mer systematiska prioriteringar – än så länge kan vi dock inte se några tecken på att detta påverkat resursfördelningen inom landstinget. En fråga man bör ställa sig är om implementeringen av NRH på något sätt har påverkats av förekomsten eller frånvaron av ett systematiskt prioriteringsarbete. Svaret är på inget sätt självklart. Vi upplever att det i Västra Götalandsregionen och även i Region Skåne, inom den medicinska professionen, finns en förtrogenhet med rangordning av medicinska åtgärder som är mer utvecklad än hos övriga två huvudmän. När vi kommer till implementeringen av NRH tycker vi oss dock se att det snarare är förekomsten av samarbete inom den medicinska professionen som har varit mer avgörande än särskilda projekt för att arbeta med systematiska prioriteringar. Det går inte att påstå att Västra Götaland, som på papperet har hållit på längre än Region Skåne med systematiska vertikala prioriteringar, har varit mer framgångsrik i att genomföra innehållet i NRH.

d) Organisationens kapacitet

Vi kan observera en del skillnader mellan de fyra huvudmännen med avseenden på politisk stabilitet under den studerade perioden (2004-2007). I Region Skåne tillträdde en ny politisk majoritet efter valet 2006 vilket resulterade i en viss osäkerhet i verksamheten om inriktning och ambitioner. I Västra Götalandsregionen och i Landstinget Västernorrland satt den tidigare majoriteten kvar efter valet 2006, medan den breda koalitionen som utgjorde den politiska ledningen för Landstinget Sörmland kunde kvarstå, men försvagad.

Vi kan dock inte se att den politiska sammansättningen på något avgörande sätt har påverkat genomförandet av NRH. Utvecklingen av hjärtsjukvården är inte en fråga som är starkt politiserad och där förändringar eller styrka i politisk majoritet avgör hanteringen. Inom Landstinget Sörmland, där vi bedömer att majoriteten är svag, har stora organisatoriska förändringar kunnat genomföras (divisionalisering) med nya landstingsgemensamma aktiviteter som påverkat förutsättningarna för implementeringen av NRH. Landstinget Västernorrland har en stabil politisk majoritet men vår bedömning är att detta förhållande inte har påverkat hanteringen av hjärtsjukvården vid sjukhuset i Sundsvall-Härnösand, utan det som förändrats är att den medicinska professionen från att ha varit splittrad i uppfattning kan uppvisa en enig och tydlig linje i fråga om etableringen av PCI. Västernorrland är också det ställe där den mediala uppmärksamheten kring hjärtsjukvården varit mest påtaglig och där de olika turerna för att etablera PCI-verksamhet har rapporterats. Vår uppfattning är att professionens enighet i kombination med medial uppmärksamhet har varit mer avgörande för att driva fram en etablering av PCI än politiska ambitioner.

7.3 Förändringar i anslutning till NRH mellan 2004 och 2007

NRH är inte det slags dokument vars innehåll syftar till sådana förändringar som direkt kan föras tillbaka till en isolerad påverkan från det ursprungliga dokumentet. NRH – liksom övriga nationella riktlinjer – har ett övergripande mål där en bred definition tillämpas, nämligen ”en god och effektiv vård”. Det är lätt att ansluta sig till målet men det är inte givet hur det ska tolkas vid olika praktiska tillämpningar. I praktiken finns i anslutning till de nationella riktlinjerna flera mellanliggande (intermediära) mål och flera medel kopplade till dessa mål. NRH ingår också i ett större sammanhang där syftet är att reducera praxisskillnader, att åstadkomma en tydligare evidensanknytning av vården, att effektivisera användningen av resurser, att prioritera efter behov och att redovisa beslut och insatser i vården öppet. Det finns andra aktiviteter som löper parallellt med introduktionen av de nationella riktlinjerna och som har liknande eller kompletterande syften. I den miljö där NRH implementeras återfinns därför många faktorer som påverkar aktörer. Det blir omöjligt att direkt hänföra vissa förändringar till förekomsten av NRH. Även om vårdprogram uppdateras så att de ligger nära innehållet i NRH vet vi att läkare får andra intryck som också påverkar (via dokument, studier, riktlinjer, konferenser, professionella möten etc).

Vi vill ändå försöka diskutera förändringar i anslutning till NRH. Det är sådana förändringar som vi anser ligger i linje med de mål och medel som framhålls i nationella riktlinjer. Socialstyrelsen anger – som vi uppfattar det – tre medel som är viktiga för att förverkliga avsikterna bakom Nationella riktlinjer.

Dessa är: (a) lokala och regional vårdprogram, (b) dialog mellan olika aktörer och (c) systematiska och öppna prioriteringar.

Vilka förändringar kan observeras? Vilken typ av förändring rör det sig om? För att kunna besvara den sista frågan tar vi hjälp av en klassisk artikel om förändringsprocesser (Hall 1993).

Om vi försöker knyta den implementeringsprocess för NRH som vi kartlagt över tiden till förändringsnivåer kan vi konstatera följande.¹⁴ I ett första skede (2004) hittade vi mest aktiviteter som kan hänföras till den första förändringsnivån. Det handlade då om att ändra i sammansättningen av vården (på en klinik eller mellan sjukhus) eller att ändra i befintliga lokala vårdprogram. Vi hittade inledningsvis många sådana exempel. Förändringar av det slaget är relativt lätta att genomföra och kräver endast koordinering inom en aktörsgrupp – den medicinska professionen. När läget undersöktes 2007 fann vi att landsting/regioner hade börjat tillämpa nya metoder eller var på gång att införa sådana. Det gällde då vårdprogram som avser hela landsting/regioner eller t o m hela sjukvårdsregioner där flera landsting/regioner samverkar. På en del håll hade påbörjats uppbyggnaden av mottagarorganisationer för nationella dokument som även omfattar utarbetandet av en standard för hur vårdprogram kan knytas till landstingens resursbeslut. Detta är exempel på nya metoder eller teknologier eller instrument (beroende på hur man vill benämna dem), som kräver en högre grad av koordinering mellan olika aktörer, och därför är svårare att genomföra. Däremot finner vi inte att några mål har förändrats. För att vi ska kunna tala om en tredje förändringsnivå bedömer vi att det krävs något av betydligt större dignitet, t ex att målet för hälso- och sjukvården anges som en behovsbaserad vård som ska genomföras med hjälp av öppna horisontella prioriteringar och medel som anpassas till detta mål. Framför allt ser vi inte några inslag av större öppenhet – att allmänheten får information om hur landsting/region avser att avväga sina resurser.

Visserligen nämner inte Socialstyrelsen något om hur landsting/regioner ska utforma sina beslutsprocesser för resursfördelning (något där huvudmännen har stor frihet) men vår bedömning är att nationella riktlinjer – i förlängningen – syftar till öppna horisontella prioriteringar. Det framstår som mycket märkligt om prioriteringar inom de sjukdomsgrupper som täcks av riktlinjerna ska bli mer öppna, men inte beslut som berör flera sjukdomsgrupper sammantaget.

¹⁴ Vi gör inte gällande att det finns något kausalsamband mellan NRH och de observerade förändringarna. Ett sådant samband är omöjligt att fastställa eftersom det inte går att isolera påverkan från NRH från andra faktorer. Däremot kan vi ange om observerade förändringar ligger i linje med intentionerna i NRH (att riktlinjerna ska resultera i vårdprogram, dialog, öppna prioriteringar etc.)

Exakt hur ansvarsfördelningen ska se ut mellan olika aktörsgrupper i det sammanhanget är dock en öppen fråga. Våra observationer avseende förändringar under den studerade perioden kan sammanfattas enligt följande.

Förändringar i anslutning till NRH (efter Hall 1993):

Observerade förändringar

Första förändringsnivån

1. Uppdatering av vårdprogram
2. Ändrad klinisk tillämpning (t.ex. mer PCI)

Andra förändringsnivån

3. Regiongemensamma vårdprogram – inklusive inomprofessionella dialogformer
4. Mottagarorganisation – inklusive dialogformer mellan olika aktörsgrupper

Icke-observerade förändringar

Tredje förändringsnivån

5. En behovsbaserad vård som genomförs med hjälp av öppna horisontella prioriteringar

Vilka aktörer är engagerade på de olika förändringsnivåerna? Här går det att göra några intressanta observationer. Den första förändringsnivån engagerar uteslutande företrädare för den medicinska professionen. Det var denna nivå där aktivitet först kunde förmärkas. Den andra förändringsnivån engagerar också representanter för professionen (3) men här finns också aktiviteter som skär genom flera aktörsgrupper, även den politiska, som är fallet med mottagarorganisationer (4). Den förändringsnivå som saknas är den där ställningstaganden av politiska aktörer är ett viktigt inslag (ny målformulering med stöd av nya och gamla medel).

Om de observerade förändringarna relateras till de medel som Socialstyrelsen nämner i anslutning till Nationella riktlinjer, ser vi att (a) lokala och regionala vårdprogram förefaller minst komplicerade att åstadkomma – de förutsätter samarbetsformer inom professionen. Dialog mellan aktörer (b) förefaller vara ett problem genom de styrsystem som förekommer i landsting/regioner, men håller i viss mån på att utvecklas genom arbete på sjukvårdsregionnivå (även om detta inte påverkat NRH av version 2004). Öppna prioriteringar och särskilt horisontella sådana, som förutsätter politiska beslut, är betydligt svårare att åstadkomma. Det kräver att utvecklingsarbetet som förstärker dialogen (4) blir framgångsrikt.

Mycket tyder också på att utvecklade dialogformer mellan olika parter inom hälso- och sjukvårdssystemet är det som utgör förutsättningen för öppenhet (Bennich-Björkman 2004, Garpenby 2004)

8. SLUTSATSER

”Försök att bli mer öppen med prioriteringarna har genomförts bland annat med stöd av Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, men i praktiken görs prioriteringar i sjukvården fortfarande nästan alltid dolt. Det finns ett stort behov av nationellt kunskapsstöd för sjukvårdshuvudmännens arbete med dessa frågor och en fördjupad diskussion mellan politiker, sjukvårdsadministratörer och verksamhetsföreträdare.”

Socialstyrelsen 2007

När Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård publicerades första gången 2004 utgjorde de en helt ny typ av dokument med ambitionen att påverka såväl klinisk som politisk beslutsnivå hos sjukvårdshuvudmännen. NRH var det första dokumentet av sitt slag men har under senare år följts av andra riktlinjer och flera är under utarbetande. Riktlinjerna är ett avancerat beslutsunderlag med utgångspunkt i aktuell medicinsk och hälsoekonomisk kunskap för ett sjukdomsområde (eller del av sådant). Avsikten är att de ska föra samman beslutsfattare på olika nivåer i landsting/region och resultera i mer likformig praxis och systematiska och öppna prioriteringar och därigenom föra sjukvården närmare målet en likvärdig och effektiv vård för befolkningen. I senare riktlinjer står Socialstyrelsen fast vid detta, nämligen att riktlinjerna syftar till flera olika förändringar, på olika nivåer i sjukvårdssystemet. Målet formuleras enligt följande:

”Målet är att bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov och styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.”

Socialstyrelsen 2007

Således är nationella riktlinjer dels en avancerad exercis i evidensbaserad medicin, som kan ge vägledning till främst den medicinska professionen om vad som är en rimlig praxis, och dels ”ett avancerat diskussionsunderlag” för sjukvårdshuvudmän för att initiera en systematisk och öppen prioritering av vård till befolkningen.

Vi kunde efter den första intervjuomgången våren 2004 konstatera att kännedomen om NRH och dess innehåll i många fall var begränsad utanför de berörda sjukhusklinikerna. Vi mötte vid den tidpunkten politiker som var uppenbart besvärade av att behöva diskutera NRH, som de ansåg vara ett dokument riktat till den medicinska professionen. Vid datainsamlingen 2007 var situationen annorlunda med avseende på kännedomen om nationella riktlinjer i stort. Det var uppenbart att särskilt sjukvårdspolitikerna, men även företrädare för primärvården, hade fått en större insikt i nationella riktlinjer och kunde referera till innehållet i dessa. I första hand var det emellertid inte NRH som spontant drogs fram när riktlinjer fördes på tal.

Vi tolkar detta som resultatet av två fenomen: dels att hjärtsjukvård är en gren av sjukvården som är starkt professionsdominerad, dels att NRH i den första versionen från 2004 i liten grad var föremål för informationsaktiviteter som involverade sjukvårdspolitiker. Det är först senare som Socialstyrelsen i anslutning till nya nationella riktlinjer och i samarbete med regionala och lokala företrädare har arrangerat ”kunskapsseminarier” för flera aktörsgrupper. Detta är seminarier som har medfört att särskilt politiker i landsting/region har blivit betydligt bättre informerade om förekomsten av sådana dokument, jämfört med situationen när NRH först släpptes. Efter intervjuerna 2004 kunde vi i den första rapporten konstatera att den professionella verksamheten och den politiska-administrativa delen av landsting/region inte befann sig i fas med avseende på kunskap om och förståelse för vad NRH innebär för organisationen. Tre år senare är inte gapet i kunskap lika stort.

Vi gjorde också i den första rapporten bedömningen att ”utan stödjande strukturer i form av administration och politisk ledning kommer inte vårdens aktörer att kunna implementera NRH fullt ut.” Man kan påstå att denna bild kvarstår. Beroendet av ”stödjande strukturer” kan dock sägas ha varierat bland de studerade landstingen/regionerna under den aktuella perioden. Inom Region Skåne har funnits starka professionella aktörer som i stort sett på egen hand har förmått hantera implementeringen av NRH. Där har också ”passformen” mellan NRH och pågående förändringar i organisationen gynnat implementeringen. Det är i de mindre landstingen Sörmland och Västernorrland, som vi ser de största effekterna av ”stödjande strukturer” för implementeringen av NRH. I Sörmland har det skett genom organisatoriska förändringar (divisionalisering) och medvetet arbete för att få till stånd länsövergripande aktiviteter (t.ex. utveckling av vårdprogram). I Västernorrland ser vi det enda exemplet på en förflyttning i riktning mot ”politisk implementering”, om än i en begränsad omfattning (etableringen av PCI i Sundsvall). I det fallet finns tydliga alternativ formulerade bland professionella aktörer som står mot varandra och som inte tycks kunna lösas genom förhandling. I det fallet flyttas avgörandet upp till politisk nivå i form av det norra regionförbundet.

Man kan påstå att Socialstyrelsen genom att utveckla nationella riktlinjer ägnar sig åt en indirekt styrform inom hälso- och sjukvårdssektorn, som går ut på att stärka resurserna hos den mottagande parten.¹⁵ En fråga som måste ställas är om man därigenom släpper loss krafter som leder till obalans i styrsystemet. Vi har kunnat iaktta hur NRH främst har hanterats av den medicinska professionen, lokalt eller i olika sammanslutningar (expertgrupper, arbetsgrupper).

¹⁵ Att stärka resurserna hos en eller flera parter är en klassisk indirekt styrform, vid sidan av mer direkta former som ordergivning (lagstiftning) eller förhandling. Se; Döhler 1995, Howlett 2000.

När sådana grupperingar fungerar väl kan de utveckla avsevärd kraft för koordinering av sjukvårdens resurser. På många håll i de studerande landstingen/regionerna har sådana effekter eftersträvats – med tillfredsställelse har den politiska-administrativa ledningen konstaterat att professionen sköter koordineringen. Måste inte detta balanseras med ökade resurser också för andra parter? Det går att hantera delar av implementeringen av nationella riktlinjer inom professionella nätverk men det kommer en punkt där prioriteringar i form av omfördelning och eventuella resurstillskott blir ofrånkomliga. Då måste också den politiska-administrativa ledningen ha tillräcklig kapacitet för att hantera situationen mer systematiskt.

Den ”struktur” som utgörs av nationell nivå har genom Socialstyrelsen tagit initiativ för att aktivera landsting/regioner genom ”kunskapsseminarier” och detta har drivit fram utvecklingen av mottagarorganisationer. Det är något som pågår men som inte hade några egentliga effekter på implementeringen av den första versionen av NRH. En viktig begränsning för den studie som vi genomfört ligger i att fokus endast har varit på NRH. Hjärtsjukvården har varit jämförelsevis väl tillgodosedd med resurser och har kunnat expandera utan att explicit ställas mot annan verksamhet. Det är egentligen först när vi befinner oss i en situation där många olika sjukdomsområden kan konkretiseras genom vertikal rangordning som det visar sig vilket genomslag riktlinjerna får inom sjukvårdsorganisationen. Det är först då man kommer att förflytta sig från experimentell till politisk implementering, där olika alternativ ställs mot varandra. Det är då olika parter måste ha tillräckliga resurser som gör det möjligt att tillsammans hantera situationen.

REFERENSER

Bardach, E. 1977. *The Implementation Game*. Cambridge Mass.: MIT Press.

Bennich-Björkman, L. 2004. Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala. Rapport 2004:2. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Döhler, M. 1995. The State as architect of political order: Policy dynamics in German health care. *Governance* 8: 380-404.

Garpenby, P. 2004. Prioriteringsprocessen. Del II – det interna förtroendet. Rapport från 2004:8. Linköping: PrioriteringsCentrum

Garpenby, P, Andersson, A, Junker, S-O. 2005. Utvärdering av implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i fyra landsting och regioner. Första delen. Rapport 2005:4. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Goggin, ML, Bowman AOM, Lester JP, O'Toole LJ. 1990. *Implementation Theory and Practice. Toward a Third Generation*. New York: HarperCollins.

Hall, PA 1993. Policy Paradigms, Social Learning, and the State. *The Case of Economic Policymaking in Britain. Comparative Politics*, April: 275-96.

Howlett, M. 2000. Managing the “hollow state: procedural policy instruments and modern governance. *Canadian Public Administration* 43: 412-31.

Lundquist, L. 1987. *Implementation Steering. An Actor-Structur Approach*. Lund: Studentlitteratur.

Matland, RE. 1995. Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Administration Research & Theory*, 5: 145-74.

Proposition 1999/2000: 149. 1999. Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Riksdag

Scharpf, FW. 1978. *Intergovernmental Policy Studies: Issues, Concepts and Perspectives*. I: Hanf K & Scharpf FW (eds), *Interorganizational Policy Making. Limitis to Coordination and Central Control*. London: Sage.

Socialstyrelsen. 2004. Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. 2007. Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer. Beslutsstöd för prioriteringar. Stockholm: Socialstyrelsen

Wailoo, A, Roberts, J, Brazier, J, McCabe, C. 2004. Efficiency, equity, and NICE clinical guidelines. *British Medical Journal* 328: 536-7.

Yin RK. 2003. *Case Study Research. Design and Methods*. Third Edition. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Förkortningar som används i texten

CRT = Resynkronisering med biventrikulär pacing, en speciell form av pacemakerbehandling.

CSK = Centralsjukhuset i Kristianstad (Region Skåne).

EBM = Evidensbaserad medicin.

ICD = implanterbar defibrillator för att återställa hjärtrytmen.

KOL = kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

MSE = Mälarsjukhuset i Eskilstuna (Landstinget Sörmland).

NRH = Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (version 2004).

PCI = perkutan coronar intervention, ballongvidgning av hjärtats kranskärl.

PPR = Program- och prioriteringsrådet (Västra Götalandsregionen).

RMR = Regionala medicinska råd (Region Skåne).

SÄS = Södra Älvsborgs sjukhus i Borås (Västra Götalandsregionen).

PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. Peter Garpenby.

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*. Per-Erik Liss.

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*.

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*. Mari Broqvist.

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*. Peter Garpenby.

2002:4 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*. Per-Erik Liss.

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*. Anders Anell.

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Anders Melin.

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort.

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Peter Garpenby.

2003:4 *Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen*. Gunhild Hammarström.

2003:5 *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg*. Karin Lund.

2003:6 *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*. Mari Broqvist.

2003:7 *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*. Anna T Höglund.

2003:8 *Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar*. Malin Kernell-Tolf, Karin Bäckman och Per Carlsson.

- 2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie*. Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.
- 2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala*. Li Bennich-Björkman.
- 2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik*. Mari Broqvist.
- 2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen*. Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.
- 2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie*. Kerstin Blomqvist
- 2004:6 *Hinder och möjligheter att använda hälsoekonomiska analyser inom omvårdnad - en litteraturstudie*. Kristina Lämås, Catrine Jacobsson, Lars Lindholm, Birgitta Engström.
- 2004:7 *Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningssätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende*. Gunhild Hammarström.
- 2004:8 *Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet*. Peter Garpenby.
- 2004:9 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård — en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan*. Per-Erik Liss.
- 2005:1 *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läke-medelsförmånsnämnden*. Anders Anell och Sandra Jansson.
- 2005:2 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder*. Per Carlsson (red.), Anders Anell, Sandra Jansson, Peter Garpenby, Per-Erik Liss, Karin Lund.
- 2005:3 *Befolkningsdialog kring prioriteringar i Region Skåne*. Per Rosén.
- 2005:4 *Utvärdering av implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i fyra landsting och regioner. Första delen*. Peter Garpenby, Anna Andersson, Sven-Olof Junker.

2005:5 *Hur påverkas sjukvården i praktiken? Utvärdering av Socialstyrelsens riktlinjer för prioritering av hjärtsjukvård: Utgångsläget 2001 – 2003.* Mikael Rahmqvist, Lars-Åke Levin.

2005:6 *Prioriteringar i vårdens vardag - intervjustudie med vårdpersonal i Lycksele och Halmstad.* Ingrid Karlsson, Ann-Louise Lyrén.

2005:7 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Katrin Lindroth, Per Carlsson.

2005:8 *Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser i hälso- och sjukvården.* Sven Larsson.

2005:9 *Öppna politiska prioriteringar av hälso- och sjukvård – rapportering från ett seminarium.* Mari Broqvist, Per Carlsson, Catrine Jacobsson, Erling Karlsson, Karin Lund.

2005:10 *Rättvisa prioriteringar i äldreomsorgen - dokumentation av ett pilotprojekt.* Per Rosén.

2006:1 *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi. Del I. Mål och prioriteringar.* Per-Erik Liss.

2006:2 *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi. Del II. Ålderdom, omsorgsberoende och livsperspektiv samt Mål, prioriteringar och omsorgsarbetets vardag.* Tommy Svensson, med diskussion och slutsatser av Per-Erik Liss.

2006:3 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del III. Uppföljning av de politiska besluten – hur gick det sedan?* Karin Bäckman, Erling Karlsson, Per Carlsson.

2006:4 *Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar - ett samarbetsprojekt med FSA och LSR.* Mari Broqvist.

2006:5 *Öppna prioriteringar inom omvårdnad- ett samarbetsprojekt med SSF och Vårdförbundet.* Catrine Jacobsson.

2007:1 *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård.* Per Carlsson, Christina Kärvinge, Mari Broqvist, Kristina Eklund, Bo Hallin, Catrine Jacobsson, Gunilla Jacobsson Ekman, Christina Källgren, Marion Lindh, Britt Nordlander, Per Rosén, Urban Sjöblom, Anna Sohlberg.

2007:2 *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården.* PrioriteringsCentrum.

2007:3 *Etiska riktlinjer och principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård – en internationell översikt.* Anders Melin.

2007:4 *Ansvar för sin hälsa? Problem och möjligheter med att tillämpa en ansvarsprincip inom hälso -och sjukvården.* Elisabeth Furberg.

2007:5 *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Implementeringen i fyra landsting och regioner - Andra delen av utvärderingen.* Peter Garpenby, Per Johansson