

Landstingsstyrelsen

Hjärt- stroke och ambulanssjukvården – styrning och uppföljning

Revisionskontoret har på vårt uppdrag granskat hjärt- stroke och ambulanssjukvården med avseende på hur delar av kvalitetsarbetet inom verksamheterna styrs och följs upp. Ett kontrollmål har varit att ta reda på vilka förändringar av hjärtsjukvården som gjorts med avseende på förslag och synpunkter från vår tidigare granskning av hjärtinfarktsjukvården. Ett annat kontrollmål har varit att granska ändamålsenligheten i styrning och uppföljning av berörda verksamhetsområden utifrån målen om att dödligheten inom 28- dagar efter förstagångsstroke och hjärtinfarkt skall minska. Ett tredje kontroll mål har varit att granska ändamålsenligheten i styrning och uppföljning av insatstider inom ambulanssjukvården.

Granskningen har omfattat intervjuer med vårdutvecklare, enhetschefer, medicinskt ledningsansvariga, verksamhetsområdeschefer, medicinsk rådgivare, vårdstrateg, ekonomichefen och landstingsdirektören – totalt 14 personer.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

De viktigaste iakttagelserna och synpunkterna är följande:

- Allmänheten bör ges ökad kunskap om vikten av att i tid kontakta vården vid tecken på hjärtinfarkt. I vår granskning från år 2000 om hjärtsjukvården liksom i den nu genomförda granskningen har framkommit att informationsinsatser om betydelsen av att kontakta sjukvården vid tecken på hjärtinfarkt skulle kunna bidra till att proplösande behandling kan ges i ett tidigare skede i sjukdomsförloppet.
- Styrningen av delar av kvalitetsarbete inom hjärt- stroke- och ambulanssjukvården bör bli tydligare och med realistiska mål. Målet om dödlighet inom 28 dagar är alltför övergripande och försvårar, att utifrån måluppfyllelsen, identifiera var i vårdkedjan eventuell brister finns. Måluppfyllelsen påverkas dessutom av faktorer som ligger utanför landstingets kompetensområde.

Det för ambulanssjukvården fastlagda målet om att 95 procent av länets befolkning skall nås av ambulans inom 30 minuter uppnåddes, under 2008, endast av ambulansen i Östersund. För övriga länet anses inte målet realistiskt och det sker därför inget aktivt arbete för att uppnå detta mål.

- Granskningen visar att det finns en förbättringspotential när det gäller uppföljning och analys av kvalitetsmål i allmänhet. Bland annat bör måluppfyllelsen i verksamhetsberättelsen redovisas med en analys.

Vid uppföljning av måluppfyllelse av 28 dagars dödlighet efter förstagångsstroke och efter hjärtinfarkt bör iaktas stor försiktighet vid tolkning av resultatet i Öppna jämförelser. Resultatet redovisas med ett eller två års fördröjning och dessutom är konfidensintervallet stort.

Vi emotser senast den 1 april 2010 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer


Mona Nyberg
Ordförande


Jöns Broström
V ordförande

Bilaga

Rapporten Granskning av hjärt-, stroke- och ambulanssjukvård.

Kopia till

Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för verksamhetsområde Medicin
Chefen för Akutområdet
Chefen för verksamhetsområde Primärvård
Beredningen för Vård och Rehabilitering



Jämtlands Läns
Landsting

GRANSKNING AV HJÄRT-, STROKE- OCH AMBULANSSJUKVÅRD

Ansvarig: Jan- Olov Undvall

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring
1.0	2009-12-15	Nyutgåva.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING	4
2	INLEDNING/BAKGRUND	5
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	5
4	REVISIONSFRÅGOR	6
4.1	REVISIONSKRITERIER	6
5	RESULTAT	7
5.1	UPPFÖLJNING AV REVISIONSGRANSKNING FRÅN ÅR 2000.....	7
5.1.1	Informationsinsats om att i tid kontakta sjukvården vid bröstsmärta	7
5.1.2	Nationella riktlinjer avseende insättande av propplösande behandling	8
5.2	STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV 28-DAGARS DÖDLIGHET FÖR HJÄRTINFARKT OCH STROKE	11
5.2.1	Att styra med mål från "Öppna jämförelser"	12
5.2.2	Målen om 28-dagars dödlighet finns i verksamhetsområdenas uppdrag	13
5.2.3	Alltför kortsiktiga och övergripande mål	13
5.2.4	Det finns brister i uppföljningen av resultatet.....	14
5.3	KOPPLING TILL MER DETALJERADE MÅL INOM ENHETERNA.....	15
5.3.1	Förändringar av målen inför 2010	16
5.4	STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV AMBULANSVERKSAMHETEN	17
6	GRANSKNINGSANSVARIG/A.....	19
7	METOD	19
8	LITTERATURFÖRTECKNING	20
9	BILAGOR.....	22
9.1	LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	22

1 SAMMANFATTNING

Denna granskning är delvis en uppföljning av den revision av hjärtinfarktsjukvården som gjordes år 2000. Granskning från år 2000 visade bl.a. att landstinget inte klarade av att nå Socialstyrelsens riktlinjerna för propplösande behandling i samband med akut omhändertagande av hjärtinfarkt. I granskningen från år 2000 framfördes dels betydelsen av att nyttja ambulanshelikoptern i högre utsträckning för hjärtinfarktpatienter och dels att det fanns behov av att genomföra en informationsinsats om betydelsen av att kontakta sjukvården vid tecken på hjärtinfarkt. Denna revisionsrapport visar att landstinget fortfarande inte når upp till målen för propplösande behandling. (Socialstyrelsens riktlinjerna har dock förändrats sedan år 2000). Vi kan samtidigt konstatera att ett flertal förbättringsåtgärder har vidtagits för att dessa mål skall kunna nås.

Någon informationskampanj om att i tid kontakta sjukvården vid tecken på hjärtinfarkt har däremot inte genomförts. Skälet för detta är bl.a. att det saknas nationella riktlinjer för hur en sådan kampanj skulle utformas. Vi kan dock konstatera att de flesta intervjuade upplever att det fortfarande finns kunskapsbrister hos allmänheten när det gäller att i tid kontakta sjukvården vid tecken på hjärtinfarkt. De intervjuade anser att kunskapen hos allmänheten, om att i tid kontakta sjukvården vid tecken på hjärtinfarkt, har stor betydelse för invånarna i Jämtlands län. Detta då länet har stora avstånd och ambulanssjukvården har problem att klara sina insatstider. Vi föreslår därför att landstingsstyrelsen på nytt närmare undersöker behovet av en sådan informationsinsats.

Mot bakgrund av att landstinget har haft mindre bra resultat i "Öppna jämförelser" för hjärtinfarkt och strokesjukvården har man formulerat kvalitetsmål för dessa sjukdomsgrupper. I rapporten har vi granskat hur landstinget styr kvalitetsarbetet utifrån målen om att dödligheten inom 28 dagar efter förstagångsstroke och hjärtinfarkt skall minska. Granskningen visar att det finns vissa problem när det gäller att styra verksamheten utifrån dessa kvalitetsmål. Ett sådant problem är att målen är så pass övergripande att inget enskilt verksamhetsområde kan påverka måluppfyllelsen fullt ut. Måluppfyllelsen påverkas dessutom av faktorer som ligger utanför landstingets kompetensområde. Ett annat problem är att resultatet av måluppfyllelsen redovisas med minst ett års fördröjning, vilket innebär svårigheter att kunna avläsa måluppfyllelse med den period målet avser. Vi anser därför att landstinget bör välja andra kvalitetsmål för att styra kvalitetsarbetet. Granskningen visar också att det finns en förbättringspotential när det gäller uppföljning och analys av kvalitetsmål i allmänhet. Vi anser att landstinget i högre utsträckning bör utgå från författningen om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, SOSFS 2005:12 i sitt kvalitetsarbete.

Granskningen visar att landstinget i praktiken saknar mål för insatstider för ambulanssjukvården. Uppföljningen av målen har framförallt använts i samband med diskussioner om ev. nedläggningar av ambulansstationer. Det har inte skett något aktivt arbete för att förbättra måluppfyllelsen, då målet om insatstiden upplevs som orealistiskt och inte påverkbart av ambulanssjukvården. Vi anser att uppföljningen av insatstider inte varit fullständig då ambulanshelikopterns insatstider inte ingått i uppföljningen.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Landstingets revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av hjärt- och strokesjukvården samt ambulanssjukvården.

Bakgrunden till granskningen är bl.a. att de förtroendevalda revisorerna anser att den tidigare granskningen av hjärtsjukvården, som visade bl.a. på att landstinget inte uppfyllde Socialstyrelsens riktlinjer för insatstiden för behandling av hjärtinfarkt, behövde följas upp.

Bakgrund till granskningen är också att landstinget har mindre bra resultat i "Öppna jämförelser" för både hjärt- och strokesjukvård. Verksamhetsområdeschefen för Medicin har också uppgett att hon är bekymrad över de dåliga resultaten framförallt för strokesjukvården vid ett möte med landstingets revisorer.

Granskning av ambulanssjukvården har ingått som en del i denna granskning, då akut behandling av hjärt- och strokesjukvård intimt hör samman med insatstiderna för ambulanssjukvården. En granskning av ambulanssjukvårdens insatstider har därför ingått som en del av denna granskning.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Övergripande kontrollmål har varit dels att ta reda på vilka förändringar av hjärtsjukvården som gjorts med avseende på förslag och synpunkter från vår tidigare granskning och dels att se vilka åtgärder inom hjärt- och strokesjukvården som görs med anledning av landstingets resultat i "Öppna jämförelser".

Som övergripande kontrollmål har också ingått att granska om uppnådda insatstider för ambulanssjukvården är godtagbara i förhållande till uppsatta mål och nationella normer/praxis.

Vi har avgränsat granskningen till att granska de eventuella förändringar som gjorts med anledning av våra förslag och synpunkter från vår tidigare revisionsinsats av hjärtsjukvården som behandlar akut omhändertagande av hjärtinfarktpatienter.

Granskningen av vilka åtgärder som gjorts med anledning av resultaten från "Öppna jämförelser" har varit avgränsade till att granska styrning och uppföljning av verksamheten utifrån målen om att dödlighet inom 28 dagar efter förstagångsstroke och efter hjärtinfarkt skall förbättras och närma sig rikssnittet.

Granskning av om insatstiderna inom ambulanssjukvården är acceptabla, har avgränsats till styrning och uppföljning av verksamheten med avseende på insatstider.

4 REVISIONSFRÅGOR

- Har berörda verksamheter vidtagit de åtgärder som föreslogs i vår granskning av hjärtsjukvården från år 2000, och som landstingsstyrelsen svarat att de avsåg att genomföra, med avseende på akut omhändertagande av hjärtinfarktpatienter?
- Är styrning och uppföljning av berörda verksamheter ändamålsenligt med avseende på att uppnå målen om att dödlighet inom 28 dagar efter förstagångsstroke och efter hjärtinfarkt skall förbättras och närma sig riksnittet?
- Är styrning och uppföljning av insatstider för ambulanssjukvården ändamålsenlig utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

4.1 REVISIONSKRITERIER

- Revisionsrapporten om vården av hjärtinfarktpatienter från år 2000 och landstingsstyrelsens svar.
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet SOSFS 2005:12.
- Landstingsplanen.
- Landstingets modell för verksamhetsstyrning.
- Hälso- och sjukvårdslagen.
- ”Öppna jämförelser”

5 RESULTAT

5.1 UPPFÖLJNING AV REVISIONSGRANSKNING FRÅN ÅR 2000

En del av granskningen har varit att följa upp den revisionsrapport om hjärtsjukvården som gjordes år 2000 av landstingets revisionskontor (1). (*Siffran inom parentes hänvisar till litteraturförteckningen i slutet av rapporten*) Uppföljningen har avgränsats till den del av rapporten som handlar om akut omhändertagande av hjärtinfarktpatienter. Det var framförallt två bedömningar som betonades i granskningen. Den ena bedömningen var att patienten dröjde med att kontakta sjukvården, vilket medförde sämre behandlingsresultat. Med anledning av detta förslogs en informationskampanj om att i tid kontakta sjukvården vid tecken på hjärtinfarkt. Den andra bedömningen var att tiden mellan smärtdebut och påbörjandet av propplösande behandling inte nådde de nationella riktlinjerna¹. Orsaker till detta var dels, som redan nämnts, att patienten stod för en del av fördröjningen och dels att ambulansen inte hann fram tillräckligt snabbt till patienten. Det var framförallt till de mer perifera delarna av länet som ambulansen hade problem att i tid hinna fram. Ett förslag var att ambulanshelikoptern skulle utnyttjas i högre grad vid bröstsmärta².

5.1.1 Informationsinsats om att i tid kontakta sjukvården vid bröstsmärta

I en skrivelse till landstingsstyrelsen föreslog revisorerna bl.a. att det skulle genomföras en informationskampanj om betydelsen av att i tid kontakta sjukvården vid tecken på hjärtinfarkt. Enligt landstingsstyrelsens yttrande delade styrelsen revisorernas bedömningen om en informationskampanj och att en sådan skulle ske under 2001 (1).

I en skrivelse till landstingsstyrelsen hösten 2003 begärde revisorerna en redogörelse för vilka åtgärder som genomförts m.a.a. revisionsrapporten. Landstingsstyrelsen svarade att en informationskampanj inte hade genomförts. Den förklaring man gav var att erfarenheter från sådana kampanjer visade att trycket på akutmottagningen skulle bli stort och svårhanterligt. Landstingsstyrelsen avsåg att invänta nationella slutsatser och riktlinjer innan en lokal kampanj inom länet initierades (1).

Enligt de intervjuade har det fortfarande inte genomförts någon informationskampanj till allmänheten om att kontakta sjukvården vid tecken på hjärtinfarkt. Verksamhetschefen för område Medicin anser att kunskapen hos allmänheten, om att kontakta sjukvården vid bröstsmärta, numera är större än tidigare, men att det kan vara särskilt viktigt att allmänheten är välinformerad i vårt län, med tanke på långa avstånd och behovet av snabb behandling. Någon plan för en informationskampanj till allmänheten finns för närvarande inte, men är ett förslag värt att beakta, enligt verksamhetsområdeschefen för Medicin.

I stort sett alla de övriga intervjuade anser att det fortfarande finns en okunskap hos allmänheten om att i tid kontakta sjukvården vid bröstsmärta. Det poängteras att länets stora avstånd till sjukhuset och svårigheter för att ambulansen att komma fram i tid, framförallt inom perifera delar av länet, gör det extra viktigt att patienten utan dröjsmål kontaktar sjukvården. En snabb påbörjad behandling har stor betydelse

¹ Riktlinjerna vid tidpunkten för granskningen angav att propplösande medel, som trombolys, bör sättas in senast 90 minuter efter att symtom uppkommit och senast 30 minuter efter ankomst till sjukhuset.

² I granskningen delas länet in i områden som har en radie mer än fem mil från sjukhuset och de delar som ligger inom 5 mils radie.

för prognosen. Enligt intervjuer med ansvariga inom ambulanssjukvården är risken för att folk skulle kontakta sjukvården i onödan m.a.a. en informationskampanj överdriven.

Det finns, enligt uppgift, fortfarande inga riktlinjer från Socialstyrelsen om och hur en sådan informationskampanj bör ske. Enligt MLA³ inom hjärtsjukvården är det dock viktigt att man kan besvara ev. frågor en sådan informationskampanj skulle medföra och att en ev. informationskampanj bör utformas med tanke på detta.

En viss information mot allmänheten sker dock. Det har informerats om behovet av att kontakta sjukvården under Hjärt- och Lungsjukas informationsdagar. Det har dock varit svårt att nå patienter som befinner sig i riskgruppen. Oftast är det de som redan tidigare drabbats av en hjärtinfarkt som kommer och inte de som befinner sig i riskgruppen, men ännu inte drabbats av hjärtinfarkt.

5.1.2 Nationella riktlinjer avseende insättande av propplösande behandling

Enligt revisionsrapporten från år 2000 klarade landstinget inte av att nå de nationella riktlinjerna avseende tiden mellan symtom på bröstsmärta och start av propplösande behandling. I granskningsrapporten betonades vikten av att i högre grad utnyttja ambulanshelikoptern för att minska insattstiden.

Enligt de intervjuade har stora förändringar för akut omhändertagande av hjärtinfarkt skett sedan granskningen år 2000. Till skillnad mot vid tidpunkten för granskningen får patienten numera propplösande behandling redan i ambulansen. Innan propplösande behandling kan påbörjas måste ambulanspersonalen skicka ett EKG till sjukhuset för läkarbedömning.

Det finns numera alltid minst en sjuksköterska i ambulanserna och det har införts radioutrustning för att skicka mobilt EKG i samtliga ambulanser⁴. Ambulanspersonalen kan även ta med sig EKG utrustningen in till patienten i dennes bostad och skicka EKG därifrån. Medicinbakjouren har utrustning så att denne vid behov kan bedöma ambulans-EKG hemifrån. Enligt de intervjuade utnyttjas ambulanshelikoptern numera också i hög grad vid bröstsmärta.

Efter en Lex Maria anmälan (2) togs det fram nya rutiner för ambulanspersonalen vid trombolysering (propplösande behandling) av hjärtinfarktpatienter. Numera är rutinen att om det inte kommit något svar från medicinjouren inom fem minuter skall en ny kontakt tas omgående. Det finns dock inga speciella rutiner för avvikelserapportering i de fall trombolysbehandling inte påbörjats inom utsatt tid. Om fördröjningen sker pga. ett tekniskt fel görs dock en avvikelseanmälan.

En annan förändring som har skett efter tidpunkten för granskningen år 2000 är att när patienten anländer med ambulans till akutmottagningen transporteras denne ofta direkt till Hjärtintensiven (3).

Riktlinjerna för behandling av akut hjärtinfarkt har förändrats sedan år 2000. Rekommendationen är numera, enligt Socialstyrelsens behandlingsriktlinjer, att ge primär PCI (ballongsprängning) i stället för trombolys om detta kan ges inom 90 minuter⁵. Om det inte finns möjlighet att ge primär PCI inom 90 minuter skall trombolys ges i ambulansen. Enligt en kvalitetsindikator skall trombolys ges senast 30

³ Medicinsk ledningsansvarig

⁴ Den radioutrustning ambulanserna är utrustade med är MobiMed 300

⁵ Rekommendation: "Vid ST- höjningsinfarkt som har diagnostiserats med prehospitalt EKG (EKG i ambulansen) och där primär PCI inte är tillgänglig inom 90 minuter bör prehospital trombolys göras istället för hospital trombolys (prioritet 1)". (24 s. 27)

minuter efter att första EKG tagits⁶. Landstinget har satt upp som mål att 75 % av andelen behandlingar med trombolys skall ske inom 30 minuter efter att första EKG tagits (4).

Följande tabell visar att landstinget inte når upp till målet om att 75 % av patienterna skall behandlas inom målsatt tid och att landstinget avviker från genomsnittet för riket.

Andelen patienter som reperfusionsbehandlas ⁷ (behandlats med trombolys) inom målsatt tid i procent 2008 ⁸	Kvinnor	Män
landstinget	40	48,4
Riket	62,2	64
Placering	19	16

En förklaring till att inte målet nås är, enligt de intervjuade, att det har funnits en uppfattning hos ambulanspersonalen att trombolysering endast skall ske om det är långt till sjukhuset. Detta har fått till följd att patienter som hämtats av ambulansen inom Östersunds tätort har inte fått trombolys i ambulansen, vilket därmed medfört en fördröjning av påbörjad behandling. I stället har ambulansen kört direkt till akutmottagningen för att patienten skulle få trombolys där. Rutinerna för trombolysering är, enligt MLA för hjärtsjukvården, numera tydligare. Trombolysering skall, enligt samma MLA, ske i ambulansen oavsett hur nära det är till akutmottagningen.

En annan förklaring till det låga resultatet är att tidigare har AT- läkare, som varit primärjour inom Medicinkliniken, inte själva kunnat fatta beslut om trombolysering utan behövt tillkalla bakjouren, vilket medfört en fördröjning. Numer är det sällan, enligt uppgift, som AT-läkare är primärjour. Ofta är det en ST- läkare som är primärjour och denne kan oftast själv bedöma om trombolysering skall ske.

Enligt några intervjuade har vissa hälsocentraler inte gett trombolys själva utan väntat på att ambulansen skall anlända och att ambulanspersonalen istället skall ge trombolys, vilket medfört en fördröjning. Enligt den medicinska rådgivare inom primärvården finns numera nya riktlinjer framtagna för primärvården om att ge trombolys vid hjärtinfarkt. Enligt uppgift är det inte så ofta patienter med hjärtinfarkt kommer till sjukhus via hälsocentralen. De flesta patienter inkommer med ambulans, uppskattningsvis ca 90%.

Enligt de intervjuade borde de ändrade rutinerna i högre grad ha påverkat resultatet i positiv riktning för andelen patienter som blir behandlade inom målsatt tid. Därför har det, enligt uppgift, tillsatts en arbetsgrupp med representanter från Hjärtintensiven, Akutmottagningen och Ambulanssjukvården för att ta reda på varför inte målet klaras. Någon sådan verksamhetsövergripande uppföljning av andelen patienter som blir behandlade inom målsatt tid har tidigare inte skett. Enligt intervjuade chefer inom ambulanssjukvården är det Hjärtenheten som följer upp dessa resultat genom RIKS HIA⁹. Resultatet har sedan inte förts vidare till ambulanssjukvården.

⁶ Indikatorn avser tidsfördröjningen mellan första EKG och start av reperfusionsbehandling hos patienter med ST- höjningsinfarkt. Måttet visar hur stor del av patienterna som behandlas inom den målsatta tiden, som för PCI är 90 minuter och för trombolys 30 minuter. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjernas indikatorset för uppföljning av hjärtsjukvård och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex. (23 s. 56)

⁷ Reperfusionsbehandling är ett begrepp som avser olika behandlingsformer för att återställa blodflödet i hjärtat efter en hjärtinfarkt. I begreppet inkluderas både trombolys och primär PCI. Inom landstinget i Jämtland är det i stort sett endast trombolys som ges.

⁸ Indikatorn avser tidsfördröjning mellan första EKG och start av reperfusionsbehandling hos patienter med ST-höjningsinfarkt. Måttet visar hur stor del av patienter som behandlas inom den målsatta tiden, som för PCI är 90 minuter och för trombolys är 30 minuter (7 s. 150)

⁹ RIKS-HIA är det svenska registret för hjärtintensivvård.

Följande tabell visar att landstinget inte når upp till målet för andelen patienter som reperfusionsbehandlas¹⁰. Landstinget har satt upp som mål för 2009 att 80 % av patienter med hjärtinfarkt skall behandlas med trombolys (4). Landstinget når inte heller upp till rikssnittet för denna behandling.

Andelen reperfusionsbehandlade patienter vid ST-höjningsinfarkt i procent (5)	2006		2007		2008	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
landstinget	56,1	36	53,7	53,8	68	58,3
Riket	74,3	70,7	73,8	68	83,9	78,8
Placering	22	22	22	19	21	20

Enligt de intervjuade finns det ofta en naturlig förklaring till att inte patienten blivit trombolyserad. Det finns brister i registreringen som medför en viss osäkerhet när det gäller hur många hjärtinfarktpatienter som trombolyserats. En undersökning som hjärtenheten själva gjort visar på detta¹¹. Den största enskilda skälet till att inte patienten blivit trombolyserad är att det gått för lång tid mellan smärtdebut och trombolysering.

Ytterligare en anledning till det bristfälliga resultatet uppgavs vara att landstinget inte har tillgång att ge primär PCI (ballongvidgning) inom sjukhuset. En åtgärd som de intervjuade från början framhävde som helt avgörande för att förbättra resultatet, var att införa PCI inom sjukhuset. Det finns patienter där trombolys inte är lämpligt att ge. I vissa fall skulle dessa patienter istället behandlas med PCI. Att införa PCI för att förbättra det akuta omhändertagande av hjärtinfarkt fanns ursprungligen med som en "in-prioritering" i omställningsarbetet.

Efter en rekommendation från Norrlandstingets regionförbund (6) att inte införa PCI vid Östersunds sjukhus har inställningen till PCI:s betydelse för att förbättra det akuta omhändertagandet ändrats. Det skäl som anges i utredningen är att volymen av antalet patienter som skulle vara föremål för PCI skulle bli för liten för att upprätthålla en god kompetens. Nu är frågan mer öppen om vilka förbättringsåtgärder som skall vidtas för att förbättra resultatet.

Bedömning

- Vi kan konstatera att det inte skett någon informationskampanj om att i tid kontakta sjukvården vid bröstsmärta. Skälet till detta är dels att det inte finns några riktlinjer från Socialstyrelsen om att genomföra en sådan kampanj vid bröstsmärta, men också att verksamhetsområdeschefen upplever att kunskapen om att i tid kontakta sjukvården vid bröstsmärta har ökat. Vi kan samtidigt konstatera att det föreligger en uppfattning hos professionen att en av orsakerna till fördröjning mellan smärtdebut och påbörjad behandling beror på att patienter inte i tid kontaktar sjukvården. För landstinget är det extra viktigt att patienter kontaktar sjukvården i tid pga. länets stora avstånd. Vi föreslår därför landstingsstyrelsen att på nytt närmare undersöka behovet av en informationsinsats om kännetecknen på hjärtinfarkt och betydelsen av att då kontakta sjukvården.

¹⁰ Behandling med bl.a. trombolys eller primär PCI

¹¹ Under året totalt 100 patienter med STEMI, varav 61 fick trombolys och 39 fick inte. Av de 39 var orsaken till att de inte fick trombolys följande ; 13 patienter med för lång tid från smärtdebut; 6 patienter med kontraindikationer; 3 patienter med annan diagnos, dvs. inte STEMI; 8 patienter som var felregistrerade (ex. att de fått trombolys men reg. som inte erhålligt eller inte hade STEMI); 5 patienter där bakjouren valt att inte trombolysera av olika anledningar; 4 patienter med inkompleta data.

- Vi kan konstatera att det skett en hel del åtgärder för att förbättra det akuta omhändertagandet av patienter med hjärtinfarkt sedan granskningen av hjärtinfarktsvården år 2000, bl.a. ett ökat nyttjande av ambulanshelikoptern. Vi kan samtidigt konstatera att landstinget fortfarande inte når upp till målen för akut behandling av hjärtinfarkt.
- En händelseanalys, efter en Lex Maria anmälan, medförde ändrade rutiner för att ge trombolys. Detta visar på sambandet mellan patientsäkerhetsarbete och kvalitetsarbete. Aktiv avvikelserapportering kan vara ett sätt att kartlägga orsakerna till varför inte propplösande behandling getts inom angiven tidsram. Vi anser därför att det kan finnas skäl att ta fram rutiner för avvikelseanmälan speciellt för de fall då trombolysbehandling inte ges inom målsatt tid.
- Vi anser att samverkan mellan Hjärtenheten, Akuten och Ambulanssjukvården bör öka för att förbättra det akuta omhändertagande av hjärtinfarktpatienter. Arbetet bör utgå ifrån ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, se bilaga om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Vi föreslår därför att verksamhetsöverskridande processmål tas fram och att verksamhetsöverskridande uppföljning av målen tillämpas. Vi ser positivt på den verksamhetsöverskridande arbetsgrupp som, enligt uppgift, tillsatts för att förbättra det akuta omhändertagandet.
- Vi anser att en djupare analys av statiken bör göras. Den undersökning som Hjärtenheten själv gjort visar på att det finns en rad felkällor i statistiken. I de fall felkällorna beror på brister i registreringen måste tydligare rutiner utarbetas.

5.2 STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV 28-DAGARS DÖDLIGHET FÖR HJÄRTINFARKT OCH STROKE

28-dagars dödlighet efter förstagångsstroke och hjärtinfarkt är ett mått som avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från den förebyggande verksamheten, ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet på sjukhuset och efterföljande vård. Detta mått är en internationellt etablerad kvalitetsindikator (5).

Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke och hjärtinfarkt syftar till att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet på sjukhuset och den efterföljande vården på sjukhuset (5). Det som avgör om det skall räknas som dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke och hjärtinfarkt är om patienten blivit inskriven på sjukhuset (7). Dessa mått redovisas i ”Öppna jämförelser”.

Resultaten ur ”Öppna jämförelser” skall läsas med tanke på att rikssnittet, som redovisas i sammanställningen över landstingens resultat, inte är att betrakta som ett målvärde (5). I ”Öppna jämförelser” redovisas resultaten med ett 95 % konfidensintervall¹² (sannolikhetsintervall). För mindre landsting är konfidensintervallet större, vilket innebär att förändringar av resultaten i större utsträckning kan bero på slumpen (5).

¹² Konfidensintervall är en statistisk term som anger graden av osäkerhet för ett försök eller mätvärde. För varje konfidensintervall finns ett värde, konfidensgrad, till exempel 95% eller 99%. Konfidensgraden anger sannolikheten för att det sanna värdet för den uppmätta storheten ligger inom konfidensintervallet (28) ”Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel av andel, ett medeltal eller en oddskvot. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilken det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig”. (3 s. 29).

Bakgrunden till att landstinget använder 28-dagars dödlighet som mål

Bakgrunden till att landstinget valt att använda dessa mått som mål är landstingets låga resultat i "Öppna jämförelser". Landstingsledningen har ansett att det därför varit viktigt att fokusera på dessa sjukdomsgrupper. Enligt intervjuerna är stroke och hjärtinfarkt två sjukdomsgrupper som tar stora delar av vårdens resurser i anspråk och innebär ofta ett stort lidande för patienterna.

Enligt intervjuerna är 28-dagars dödlighet ett odiskutabelt mått på så sätt att en minskning av dödligheten innebär en förbättrad vård.

Landstinget använder sig av båda de tidigare beskrivna måtten om 28-dagars dödlighet för att styra verksamheten.

Följande två tabeller visar hur landstingets resultat har legat under riksnittet när det gäller 28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt och 28-dagars dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke.

Antalet döda inom 28-dagar efter hjärtinfarkt i procent	2002-2004 (6)		2004-2006 (3)		2005-2007 (7)	
	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor
landstinget	34,6	30,6	35	32,1	34,3	31,8
Riket	33	30,3	31,7	29	31	28,2
Differens	- 1,6	- 0,3	- 3,3	- 3,1	-3,3	-3,5
Placering	14:e	13:e	18 :e	19:e	18:e	20:a

Antalet döda inom 28-dagar efter sjukhusvårdande förstagångsstroke i procent	2004-2006 (6)		2005-2007 (3)		2006-2008 (7)	
	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor
landstinget	16,7	17,3	17,1	17,7	17,5	18,7
Riket	14,8	14,7	14,7	14,7	14,6	14,6
Differens	- 1,9	- 2,6	- 2,4	- 3	-2,9	-4,1
Placering	17	17	20	19	19	21

5.2.1 Att styra med mål från "Öppna jämförelser"

Sveriges Kommuner och landsting har genomfört en studie av hur landstingen använt "Öppna jämförelser". Man pekar på vissa fallgröpar när landstingen använder sig av "Öppna jämförelser" i syfte att styra verksamheten.

En fallgröp är, enligt rapporten, att landstingsledningen befinner sig i ett kunskapsunderläge i förhållande till verksamheten (professionen). Ledningen har svårt att själv dra slutsatser av informationen och är beroende av expertis på området för detta. Det är, enligt rapporten, viktigt att årsvisa förändringar av

indikatorer presenteras med en analys av underliggande förhållanden. Sådana uppföljningar ställer enligt stora krav på landstingets analyskapacitet (10).

Om analyskapaciteten saknas eller att analyskapaciteten brister leder informationen inte till ökad kunskap hos ledningen. Vidare framgår av rapporten att i sämsta fall kan informationen leda till att fel slutsatser dras. En förutsättning för att kunna använda resultat från "Öppna jämförelser" för att styra verksamheten är således att det finns tillfredställande analyskapacitet inom landstinget (10).

Mona Heurgren på SKL hänvisar bl.a. till Landstinget i Kalmar när det gäller ett exempel på hur en analys över resultaten i "Öppna jämförelser" kan se ut (11).

En annan fallgrupp, när det gäller att styra verksamheten utifrån "Öppna jämförelser", är om rikssnittet betraktas som norm. Som tidigare nämnts tar "Öppna jämförelser" inte ställning till vad som är norm. Trots det har vissa landstingen fokuserat på rikssnittet som norm. Detta har medfört att fokus för förbättringsarbete har lagts där man kraftigt ligger under rikssnittet. Fokus har däremot inte lagts på indikationer som ligger nära rikssnittet trots att förbättringspotentialen kan vara lika stor där (10).

5.2.2 Målen om 28-dagars dödlighet finns i verksamhetsområdenas uppdrag

Målen om att 28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt och förstagångsstroke, skall närma sig rikssnittet finns i landstingsstyrelsens och landstingsdirektörens uppdrag för 2009 för område Akutvård och område Medicin. Målen är kortsiktiga (gäller ett år) och avser budgetperioden. Dessa mål fanns också i 2008 års uppdrag för dessa verksamhetsområden. I uppdraget 2009 för område Medicin har målen avgränsats till att omfatta 28-dagars dödligheten efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt och förstagångsstroke. Någon motsvarande avgränsning inom område Akutvård har inte gjorts.

Orsaken till att målformulering inte har ändrats för område Akutvård, avseende 28-dagars dödlighet, är att ambulansverksamheten ingår i område Akutvård och att dödlighet för sjukhusvårdad stroke och hjärtinfarkt inte omfattar ambulanssjukvården.

Den del av måluppfyllelsen som område Akutvård kan påverka är framförallt ambulanssjukvårdens insatser och det akuta omhändertagande på Akutmottagningen. Akutområdet kan däremot inte påverka hur snabbt patienten eller anhöriga larmar sjukvården, hälsocentralernas agerande, insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården eller den efterföljande vården som sedan sker på sjukhuset. Dessa delar av vårdkedjan påverkar också i hög grad måluppfyllelsen.

Område Medicin har jämfört med område Akutvård, ett mer specifikt mål för området och kan i högre grad själva påverka måluppfyllelsen, men inte fullt ut.

Målen överlappar varandra, då det akuta omhändertagande i ambulansen har stor betydelse för prognosen för den efterföljande vården på sjukhuset och vården på sjukhuset har stor betydelse för den totala 28-dagars dödligheten.

Även område Primärvård ingår i vårdkedjan. Verksamhetsområde Primärvård har i uppdrag att, i samarbete med berörda specialister, medverka till att förbättra det kliniska resultat för patientgrupper inom stroke- och hjärtsjukvård.

5.2.3 Alltför kortsiktiga och övergripande mål

Flertalet intervjuade anser att målen är realistiska att nå på längre sikt, alltså inte realistiska att nå inom målperioden. Det poängteras att det är trender över tiden som är intressant att följa. De intervjuade anser att det vore bättre om målen formulerades som långsiktiga i stället för kortsiktiga.

Det finns delade meningar huruvida måluppfyllelsen om 28-dagars dödlighet är påverkbar. Det är framförallt högre upp i ledningshierarkin uppfattningen finns att måluppfyllelsen är påverkbar. För område Akutvård upplevs målen om 28-dagars dödlighet vara delvis påverkbara. Enligt flera intervjuade är målet om 28-dagars dödlighet så övergripande att de är svårt att veta vart i vårdkedjan som insatser bör sättas in för att förbättra måluppfyllelsen.

På enhetsnivå följs inte målen om 28-dagars dödligheten. Berörda enheter har istället egna mål. Intresset för målet om 28-dagars dödlighet är överlag lågt på enhetsnivå. Inom ambulanssjukvården kände man överhuvudtaget inte till målen.

5.2.4 Det finns brister i uppföljningen av resultatet

Måluppfyllelsen i uppdragen följs upp via verksamhetsområdenas verksamhetsberättelser. Återredovisningen kvalitetsgranskas genom att landstingsdirektören tillsammans med berörd personal från staben kritiskt granskar måluppfyllelsen. De riktlinjer för hur återredovisningen av målen i verksamhetsberättelserna skall ske framgår av dokumentmallen för verksamhetsberättelser. I dokumentmallen anges att målen skall återredovisas som de är beskrivna i uppdragen. Vidare skall återredovisningen av målen i uppdragen kompletteras med en bedömning av om målet kommer att nås samt kommenteras.

Verksamhetsområdenas måluppfyllelsen av uppdragen återredovisas inte till landstingsstyrelsen i samband med delårsbokslut och årsbokslut pga. den stora mängden mål, ca 200 mål. Enligt uppgift koncentrerar landstingsstyrelsen sig i stället på att följa upp målen i landstingsplanen.

Enligt intervjuerna får landstingsstyrelsen en muntlig redovisning av måluppfyllelsen avseende målet om att reducera 28-dagars dödligheten. Detta sker bl.a. i samband med redovisning av resultatet från "Öppna jämförelser".

Det är landstingsdirektören som tillsammans med berörd personal från staben följer upp verksamhetsområdenas uppdrag. För att kunna bedöma förändringar i måluppfyllelsen avseende 28-dagars dödlighet görs, enligt landstingsdirektören, en samlad analys av flera mått på verksamhetsområdesnivå.

Övrig analys, i samband med uppföljning av målen om att minska 28-dagars dödligheten, uppges ske muntligt, mellan läkare, mellan berörda chefer, och mellan övrig berörd personal. Analysen finns inte med i verksamhetsberättelser eller årsredovisning. Vi har inte heller kunnat finna annan dokumentation av analysen. Enligt några intervjuade finns det en förbättringspotential när det gäller att dokumentera analysen.

Trots att målen om att minska 28-dagars dödligheten är verksamhetsövergripande har det inte skett någon verksamhetsområdesövergripande uppföljningar av målen, enligt intervjuerna.

Det framkommer inte i redovisningen vilken förändring som är statistisk säkerställd

En allmän uppfattning hos de intervjuade är att det breda konfidensintervallet (sannolikhetsintervall) medför svårigheter att dra slutsatser av resultatet. Jämtlands läns landsting är ett litet landsting vilket medför ett stort konfidensintervall, alltså stor osäkerhet kring det uppskattade värdet som redovisas. Denna osäkerhet av resultatet framgår dock inte av återredovisningen i verksamhetsberättelserna. Förändringarna av 28-dagars dödligheten presenteras i verksamhetsberättelserna, utan kommentarer om att förändringen inte är statistisk säkerställd och att det kan vara slumpen som orsakat förändringen. Några intervjuade anser att det finns en förbättringspotential även avseende detta.

I återredovisningen av måluppfyllelsen om att minska 28-dagars dödligheten framkommer inte eftersläpningen i "Öppna jämförelser"

Resultaten av 28-dagars dödligheten, i "Öppna jämförelser", omfattar en period över flera år. Resultatet av 28-dagars dödlighet för hjärtinfarkt och stroke, som redovisas 2008, omfattar perioden 2004-2006. Resultatet av 28-dagars dödlighet för sjukhusvårdad hjärtinfarkt och stroke omfattar perioden 2005-2007. Det framgår inte av verksamhetsberättelserna att resultatet omfattar en period över flera år och att resultatet inte avser redovisningsåret.

Enligt intervjuerna är eftersläpning av resultatet i "Öppna jämförelser" ett problem. Man framhåller dock att alla landsting har samma problem.

5.3 KOPPLING TILL MER DETALJERADE MÅL INOM ENHETERNA

Enligt landstingsstyrelsen och landstingsdirektörens uppdrag ska alla verksamhetsområden göra verksamhetsplaner. Enligt landstingsdirektören gäller för alla verksamhetsområden att göra verksamhetsplaner som innehåller nedbrutna mål och aktiviteter på områdes- och enhetsnivå kopplade till målen i uppdragen. Område Medicin har för 2009 inte gjort någon verksamhetsplan för verksamhetsområdet. Skälet för detta är att verksamhetsområdeschefen håller på att utarbeta en ny modell för verksamhetsplaner och i det arbetet har enheternas verksamhetsplaner prioriterats framför områdets. Primärvårdens verksamhetsplan omfattar enbart en A4-sida och innehåller inga mål alls. Landstingsdirektören efterfrågar inte verksamhetsplanerna, men enligt landstingsdirektören skall den internrevision som ingår i ledningssystemet, som nyligen tagits i bruk, säkra att uppdragen från styrelsen leder till verksamhetsplaner.

Det skiljer sig mellan områdena Akutvård, Primärvård och område Medicin vad gäller ambitionen att det skall finnas en koppling mellan målet om att 28-dagars dödlighet skall närma sig rikssnittet och målen inom berörda enheters verksamhetsplaner. Inom område Medicin har man som ambition att det skall finnas en koppling, medan någon sådan ambition inte finns inom område Akutvård. Som skäl för detta uppges att inom område Akutvård är det svårt att koppla målet om att minska 28-dagars dödlighet till någon speciell aktivitet inom området. Inom område Akutvård betraktas målet mer som en indikator som indikerar att något inte fungerar. Inom område Primärvård finns inga mål kopplade till målen om 28-dagars dödlighet.

Flera av målen i verksamhetsplanerna för Strokeenheten och Hjärtenheten upplevs vara realistiska och påverkbara att nå under målperioden, dock gäller det inte alla målen. Några av de mål som enheterna har i sina verksamhetsplaner, som är kopplade till målet om 28-dagars dödlighet, anses vara delvis påverkbara eller inte påverkbara. Även här uppges att måluppfyllelsen är påverkbar framförallt på längre sikt. Måluppfyllelsen om andelen som får proplösande behandling anses vara delvis realistisk och påverkbar och måluppfyllelsen om andelen som får angiografibehandling anses inte alls vara påverkbara.

Inom primärvården har det övergripande kvalitetsarbetet inte fungerat optimalt under 2009 pga. att kvalitetsrådets arbete legat nere under året. Orsaken till detta uppges vara att "hälsovalsgruppen" i sitt arbete med att formulera kvalitetsmål valt att inte utnyttja kvalitetsrådet för detta. Kvalitetsrådet har då inte ansett att det varit meningsfullt att arbeta med övergripande kvalitetsfrågor parallellt med hälsovalsgruppens arbete med att formulera kvalitetsmål. Enligt den medicinska rådgivaren inom Primärvården har kvalitetsarbetet under 2009 därför tappat styrfart. Enligt uppgift finns det oklarheter kring hur det övergripande kvalitetsarbetet inom Primärvården skall bedrivas framöver.

5.3.1 Förändringar av målen inför 2010

Målen om att minska 28-dagars dödlighet för förstagångsstroke och hjärtinfarkt återfinns i landstingsplanen för 2010-2012. Fr.o.m. 2010 har Jämtlands läns landsting frångått att jämföra sig med andra landsting. Skälet till detta är, enligt uppgift, att riksnittet ständigt förbättrats och att det därför har varit svårt för landstinget att närma sig riksnittet. För 2010 har målet för kvinnor, som avlider efter hjärtinfarkt, satts till högst 30 % och målet för andelen män som avlider har satts till högst 33 % vid utgången av 2010. Målet för andelen för kvinnor, som dör inom 28 dagar efter förstagångsstroke, har satts till högst 23 % och målet för män har satts till högst 22 %. (12).

I samband med slutförande av granskningen har vi noterat att målen om 28-dagars dödlighet har förändrats inför 2010 i uppdragen till område Akutvård och Medicin. För område Akutvård har målen avgränsats till att mäta dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt och stroke. Både område Akutvård och Medicin kommer att mäta 30- dagars dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Målvärdet för Stroke är högst 16 % och för hjärtinfarkt högst 4 % för 2010 (13). 30- dagars dödlighet följs upp genom Riks Hia, vilket innebär att uppföljningen blir mer aktuell. Resultatet om 30- dagars dödlighet går att få månadsvis, enligt uppgift. Vi har för övrigt inte hunnit gjort någon bedömning av ändamålsenlighet i måttet 30-dagars dödlighet.

Bedömning

Vi anser att det finns brister i ändamålsenligheten i styrning av berörda verksamheten utifrån målen om 28-dagars dödlighet, efter förstagångsstroke och hjärtinfarkt, skall förbättras och närma sig riksnittet. Dels handlar de om bristande egenskaper i själva måttet, 28-dagars dödlighet, för att kunna användas för styrning, bl.a. att måttet är för övergripande och fördröjningen med redovisning av resultatet. Dels handlar det om brister i landstingets styrning och uppföljning av kvalitetsmål i allmänhet, bl.a. brister i rutiner för uppföljning och analys. För att landstinget ska få en mer ändamålsenlig styrning av kvalitetsarbetet och för att uppfylla de krav ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet ställer på ett systematiskt kvalitetsarbete, föreslår vi att vissa rutiner för kvalitetsarbetet förändras. Vi lämnar några förändringsförslag i nedanstående punkter.

- Vi anser att det är andra mål, än målet om att 28-dagars dödligheten skall minska/närma sig riksnittet, som i praktiken styr kvalitetsarbetet inom berörda verksamheter, t.ex. andelen patienter som vårdas på strokeenhet och insatstider för propplösande behandling. Målen om att 28-dagars dödlighet skall minska/närma sig riksnittet är i praktiken en kvalitetsindikator. Vi anser att det är viktigt med tydliga styrbegrepp i landstingets styrdokument. Därför föreslår vi att målet, om att 28-dagars dödlighet skall minska/närma sig riksnittet, inte längre uttrycks som ett kortsiktigt mål utan redovisas som en kvalitetsindikator.
- Enligt kraven i författningen, om ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, skall landstingsstyrelsen (vårdgivaren) kontinuerligt följa upp och utvärdera målen för kvalitet och patientsäkerhet. Vi anser att uppföljningen av målen för kvalitet och patientsäkerhet åtminstone bör ske i samband med landstingsstyrelsens uppföljning av delårsbokslut och årsbokslut.
- Vi anser att landstingets former för uppföljning av kvalitetsmål bör ses över. T.ex. bör det framgå av analysen, vilka statistiskt säkerställda slutsatser det går att dra utifrån resultatet, vilka underliggande faktorer som har betydelse för resultatet, förslag till förbättringsåtgärder samt att analysen bör dokumenteras. Analysen bör redovisas tillsammans med måluppfyllelsen för kvalitetsmålen.

- Det vore en fördel med verksamhetsområdesövergripande uppföljningar av verksamhetsområdesövergripande kvalitetsmål. Enligt ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet skall, för viktiga processer, verksamhetsöverskridande processmål formuleras och följas upp. Vi föreslår därför att sådana processmål formuleras för vården av stroke och hjärtinfarkt.
- Det är otillfredsställande att verksamhetsområdena Akutvård, Medicin och Primärvård har så olika ambitioner när det gäller kopplingar mellan det övergripande målet om 28-dagars dödlighet i uppdragen och enheternas mera specifika mål i verksamhetsplanerna. Vi anser att formuleringen i Primärvårdens uppdrag om att Primärvården skall i samarbete med berörda specialiteter medverka till att målet om 28-dagars dödlighet nås är otydlig.
- Det är otillfredsställande att område Primärvård inte har formulerat några kvalitetsmål i sin verksamhetsplan för 2009 och att det övergripande kvalitetsarbetet under 2009, enligt uppgift, inte fungerat. Landstingsstyrelsens har ett ansvar att ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhetsområde är ändamålsenligt med mål, organisation och rutiner m.m.

5.4 STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV AMBULANSVERKSAMHETEN

Vid en nationell jämförelse har invånarna i Jämtlands läns landsting långt till närmaste sjukhus. Därför har snabba insatstider för ambulanssjukvården stor betydelse för att kunna erbjuda en god vård för länets invånare (14).

Av hela landets befolkning är det 80 % som nås av ambulans inom 10 minuter. I Jämtlands läns är det 56 % av befolkningen som nås inom 10 minuter. (15).

Som nämnts i tidigare avsnitt har tiden mellan insjuknande och påbörjad behandling av hjärtinfarkt och stroke stor betydelse för prognosen. Efter 20-30 minuter efter ett tilltäppt kranskärl börjar muskelceller förstöras och en hjärtinfarkt utvecklas (16). Andra tillfällen då insatstiden har stor betydelse är bl.a. vid allvarligare olyckor.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt förarbetena till lagen framgår att den som svarar för hälso- och sjukvården skall så långt det är möjligt inrätta sin verksamhet så att betydelsen av t.ex. geografiska skillnader begränsas (17 s. 53). Någon närmare beskrivning av vad detta betyder framgår inte av förarbetena. Det finns inga nationella riktlinjer för insatstider för ambulanssjukvården.

I Jämtlands läns landsting är målet att 95 % av länets befolkning skall nås av ambulans inom 30 minuter. För 2008 var det enbart ambulansstationen i Östersund som uppnådde detta mål för sitt upptagningsområde. Ambulansstationerna i Funäsdalen, Svenstavik, Backe, Strömsund, Krokomb och Järpen hade försämrat sina insatstider. Bräcke, Sveg, Hede, Hammarstrand och Östersund hade förbättrade insatstider (18).

Enligt de intervjuade är målet vid prioritet 1 larm att 95 % av befolkningen ska nås inom 30 minuter, förutsatt att ambulansen är på ambulansstationen. Det sker dock inget aktivt arbete för att uppnå detta mål för de delar av länet där målet inte nås. Den reella funktion detta mål har är att måluppfyllelsen har utgjort underlag vid diskussioner om ev. nedläggningar av ambulansstationer.

Inom ambulanssjukvården finns det ett mål kopplat till insatstider. Målet är att ambulanspersonalen skall vara i bilen senast inom 90 s. vid prioritet 1 larm. Kopplingen mellan detta mål och målet att ambulansen skall komma fram inom 30 min, vid prioritet 1 larm, till 90 % av befolkningen i Jämtlands län, är dock svag. Det avgörande för måluppfyllelsen är framförallt ambulansstationernas placering och befintliga

resurser i övrigt. Måluppfyllelsen är således inte påverkbar av ambulanspersonalen mer än marginellt. Det är istället mer en fråga om resurstilldelning, vad det får kosta att ha en beredskap för att klara målet för prioritet 1 larm. De intervjuade känner inte till att det skulle förekomma några diskussioner om att öka resurstilldelningen till ambulansen, för att på så sätt öka måluppfyllelsen.

Målet att 95 % av befolkningen i Jämtlands läns skall nås inom 30 minuter vid prioritet 1 larm upplevs orealistiskt av ansvariga för ambulanssjukvården. Som nämnts tidigare klarar ambulanspersonalen inte av att nå målet av egen kraft. Ansvariga inom ambulanssjukvården efterfrågar ett mer realistiskt mål för insatstider. Det är ingen av de intervjuade som vet vem som fattat beslut om att införa målet om insatstider eller när målet infördes. Enligt en av de intervjuade har Socialstyrelsen tidigare haft en föreskrift om insatstider för ambulanser och att målet kan ha sin ursprung därifrån. Någon sådan föreskrift från Socialstyrelsen finns inte idag.

Sedan februari 2009 har ambulanssjukvården infört ett nytt uppföljningsprogram, Ambreg. Detta program innebär nya möjligheter att följa upp ambulanssjukvården, bl.a. blir det möjligt att följa upp insatstider per ort. Tidigare har uppföljningen av insatstider varit kopplat till ambulansstationerna. I uppföljningen av målet av insatstider ingår dock enbart vägambulanser, alltså inte ambulanshelikoptern.

Gränslös dirigerering innebär att SOS alarm kan använda närmaste ambulans vid akuta uppdrag i norra regionen (19). Ambulanssjukvården har förutom avtalet om gränslös dirigerering inom norra regionen ett likvärdigt avtal om ambulanshelikopter uppdrag i norra Gävleborg (20).

IVPA betyder i väntan på ambulans och bedrivs genom den kommunala räddningstjänsten. I de fall då räddningstjänsten har kortare insatstider än ambulansen så kan SOS Alarm larma ut räddningstjänsten samtidigt som ambulansen. Räddningspersonalen kan påbörja första hjälpen i väntan på ambulans (15).

Bedömning

- Målet att 95% av länets befolkning skall nås inom 30 minuter vid prioritet ett larm är i praktiken en kvalitetsindikator som visar hur insatstiderna inom länet utvecklats under året, det är inget mål som styr ambulanssjukvården. I praktiken saknar landstinget mål för insatstider för ambulansverksamheten. Det är enligt vår mening viktigt att det finns en tydlighet i de styrbegrepp som används. Om landstinget vill målstyra insatstider för ambulanssjukvården bör man använda realistiska mål, där måluppfyllelsen är påverkbar av verksamheten.
- För de perifera delarna av länet är det framförallt att närmaste ambulans inte är upptagen med annat uppdrag eller att ambulanshelikoptern finns tillgänglig som har störst betydelse. I huvudsak styrs insatstiderna av tilldelade resurser i form av antalet ambulansstationer, personal och antalet ambulanser. Även samverkan med andra landsting har betydelse för insatstiderna.
- Ambulanshelikoptern bör ingå i uppföljningen av insatstider och även, om möjligt, ambulanser som larmats ut från andra landsting. Detta skulle ge en mer heltäckande uppföljning av ambulanssjukvården och en mer rättvisande bild av de faktiska insatstiderna

6 GRANSKNINGSANSVARIG

Ansvarig för granskningen är Jan-Olov Undvall, Certifierad kommunal yrkesrevisor.

7 METOD

De granskningsmetoder som använts har varit dokumentanalyser och intervjuer.

Vi har genomfört elva djupintervjuer med fjorton personer. En av intervjuerna gjordes via telefon. Alla intervjuade har fått tagit del av intervjuanteckningarna och fått möjlighet att ändra ev. missuppfattningar. Enbart av intervjuade godkända intervjuanteckningar, ligger till grund för iakttagelser i rapporten. De som intervjuats har varit vårdutvecklare, enhetschefer, medicinskt ledningsansvariga, verksamhetsområdeschefer, medicinsk rådgivare, vårdstrateg, ekonomichef och landstingsdirektör.

I granskningen har vi också haft kontakt per telefon med Mona Heugren på SKL och Max Köster på Socialstyrelsen.

Innan granskningen påbörjades hade vi ett möte med landstingsdirektören och verksamhetsområdescheferna för Akutvård och Medicin där vi redogjorde för upplägget av granskningen och där landstingsdirektören m.fl. delgav oss synpunkter på upplägget.

Dokumenterna som legat till grund för iakttagelser och bedömningar i rapporten framgår av litteraturförteckningen.

Ort och datum

Namnteckning
Certifierad kommunal revisor

8 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Bergelin, Bodil.** *Vården av hjärtinfarktpatienter.* Östersund : Revisionskontoret, Jämtlands läns landsting, 2000. DNR LS/631/2000.
2. *Fördröjd trombolysbehandling.* Östersund : Jämtlands läns landsting, 2008. Lex Maria anmälan. Dnr LS/64/2008.
3. **Team 1 HIA/AKM/AMB.**
<http://jllsitevision/administrativtstod/statistikochrapporter/genombrottslutrapporter.4.30b48f0611d2924e26380007247.html>. *Slutrapport Genombrott (www.jll.se).* [Online] den 14 10 2005.
4. **Granström, Eva-Britt.** *Verksamhetsplan 2009-10 avdelning/mottagning:Hjärtenheten.* u.o. : Jämtlands läns landsting.
5. **SKL och Socialstyrelsen.** *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.* Solna : Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen, 2008. ISBN: 978-91-7164-387-2.
6. **Lisbeth Gibsson, Angelo Modica, Peter Eriksson, Ulf Näslund.** *Utredning, beslutsunderlag huruvida PCI ska etableras vid Östersunds sjukhus.* Umeå och Östersund : Västerbottens läns landsting och Jämtlands läns landsting, 2009.
7. **Socialstyrelsen, Max Köster.** den 19 10 2009.
8. **SKL och Socialstyrelsen.** *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.* Solna : Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen, 2007.
9. *Öppna Jämförelser och utvärdering .* Västerås : Socialstyrelsen, 2009. s. 56.75. ISBN: 978-91-85999-40-8.
10. **Bergman, Ulf-Johan Olson Sven Eric.** *Öppna Jämförelser som stimulans till förbättring.* Stockholm : Sveriges Kommuner och Landsting, 2007. ISBN: 978-91-7164-297-4.
11. **Jöud, Lennart Hellström Anna.** *Analys och kompletteringar av landstingets resultat i Öppna Jämförelser.* u.o. : Landstinget i Kalmar län, 2008.
12. *Landstingsplanen 2010-2012.* Östersund : Jämtlands läns landsting. Dnr: LS622/2009.
13. *Uppdrag för verksamhetsområde Akutvård och Medicin.* u.o. : Jämtlands läns landsting, 2010. Dnr LS 1149/2009.
14. **Glesbygdverket.** u.o. : Räddningsverket och SCB. Glesbygdverkets berarbetning.
15. **Olofsson, Nils-Arne.** *Ambulanssjukvården 2007-2008.* u.o. : Jämtlands läns landsting, 2007. Dnr:LS/483/2006.
16. **Socialstyrelsen.** *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården.* Västerås : u.n., 2008. ISBN: 978-91-85483-96-9.
17. **Sahlin, Jan.** *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer.* Solna : Nordstedts Juridik AB, 2006. ISBN: 91-39-10835.
18. *Årsbokslut område akutvård 2008.* u.o. : Jämtlands läns landsting.
19. *Revidering av uppdrag till verksamhetsområden.* u.o. : Jämtlands läns landsting, 2007. Dnr LS/714/2007.
20. **Jämtland läns landsting.** *Larminstruktioner för ambulanssjukvården.* 2009.
21. **Holmberg, Marianne.** *God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i häls- och sjukvården.* Bohus : Socialstyrelsen, 2006. ISBN:91-85482-05-6.
22. **Raadu, Gunnel.** *Författningshandbok 2009.* Stockholm : Liber AB, 2009. ISBN:978-91-47-09390-8.

-
23. **Peterson, Hans.** *Budgetdokumentet*. Gävle : Föreningen Sveriges Kommunalekonomer, KEF, 2004.
 24. Landstingsplan 2009-2011. u.o. : Jämtlands läns landsting, 2008.
 25. **försäkringar, AFA.** <http://www.suntliv.nu/AFATemplates/Page.aspx?id=1783>. *suntliv.nu*. [Online] den 24 09 2004.
 26. **SKL.** *Öppna Jämförelser och utvärdering 2009 hjärtsjukvård*. Västerås : Socialstyrelsen. ISBN: 978-91-85999-40-8.
 27. **Jämtlands läns landsting.** *Landstingsplan 2009-2011*. Dnr LS/1254/2007.
 28. **Svensson, Gunnar Pihlgren Arne.** *Målstyrning 90- talets ledningsform för offentlig verksamhet*. Kristianstad : Liber, 1989. ISBN: 91-40-30916-9.
 29. Wikipedia. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Konfidensintervall>. [Online]

9 BILAGOR

9.1 LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Att det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet är en viktig förutsättning för ett systematiskt förbättringsarbete ska vara framgångsrikt. Landstinget har deklarerat att man i slutet av 2009 kommer att införa ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Kravet på att ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet har dock funnits sedan 2005.

Enligt författningen, SOSFS 2005:12, ska ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i övergripande drag tydliggör för hur landstinget skall arbeta för att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten. Ledningssystemet skall tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och omvärld. I författningen anges att övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet skall formuleras och att dessa mål skall följas upp och utvärderas.

I Socialstyrelsens vägledningsmaterial för ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet poängteras att systematiskt förbättringsarbete ingår som en del i ledningssystemet. Socialstyrelsen hänvisar till systematiken som används vid genombrottsprojekten 13 (21). I författningen poängteras att målen för kvalitet och patientsäkerhet skall vara tydliga och mätbara.

Enligt författningen ska för viktiga processer, även verksamhetsöverskridande, mätbara mål, mått och mätrutiner efterfrågas och följas upp. Om det finns nationellt utvecklade mål, mått, indikatorer och riktlinjer för den specifika verksamheten bör dessa användas. Socialstyrelsen riktlinjer är ett exempel på sådant mått.

- Vårdgivaren fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och ska kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Med vårdgivare avses i detta fall den nämnd som leder hälso- och sjukvården (22 s. 148).
- Verksamhetschefen ansvarar, inom ramen för vårdgivarens ledningssystem, också för att verksamhetsmålen formuleras så att de är mätbara och för att målen nås. För viktiga processer, även verksamhetsöverskridande, bör mätbara mål, mått och mätrutiner tas fram. Om det finns nationellt utvecklade mål, mått, indikatorer och riktlinjer för den specifika verksamheten bör dessa användas.

¹³ Genombrott är en metod för kontinuerligt förändringsarbete som ursprungligen utarbetats av The Institute for Health Care Improvement i Boston (IHI). Metoden togs till Landstingsförbundet 1996, och har anpassats för svenska förhållanden. I Sverige har den använts på olika områden inom vårdsektorn, både i nationella och regionala projekt. I ett genombrottsprojekt samarbetar ett flertal team från olika vårdenheter för att bygga upp kunskap om vilka förändringar som kan leda till förbättringar. Man har ett gemensamt, övergripande syfte. Detta syfte bryts sedan ner till mätbara mål.

Varje team prövar olika, småskaliga och konkreta, förändringar på sina respektive enheter, och mäter noggrant om förändringen leder till önskvärd förbättring. Resultaten redovisas som diagram.

Projekten är utformade för att deltagarna på så kort tid som möjligt ska pröva så många förändringar som möjligt för att tillsammans bygga kunskap om vilka förändringar som leder till förbättringar i den egna verksamheten. (25).

-
- Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara helt integrerat i verksamheten.