

# Tydliga mål kan ge bättre strokevård

En granskning av strokevårdskedjan i två län

Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

**Artikelnr** | IVO 2017-23  
**Foto** | Mostphotos  
**Utgiven** | December, [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

*1 kap 6 § patientlagen (2014:821)*

## Förord

---

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, vilket är tydligt utskrivet i patientlagen. Trots detta kan vi konstatera att vården inte alltid är jämlik. Det gäller både för hälso- och sjukvården i stort men även för strokevården. Kvaliteten i den strokevård som patienten får ta del av varierar exempelvis mellan sjukhus, mellan vårdcentraler och mellan kommuner. Kvaliteten varierar också mellan vårdnivåer. Beroende på var patienten befinner sig och var hen vårdas kan den framtida livskvaliteten påverkas.

Eftersom IVO:s uppdrag är att verka för att befolkningen får en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter ska vi bland annat bedriva tillsyn inom områden där det finns skillnader i vård och omsorg för patienterna.

I den här rapporten sammanfattar vi resultaten av en tillsyn av strokevårdskedjan där vi har valt att granska vilka effekter och konsekvenser den politiska styrningen, i form av de mål som sätts och uppdrag som ges från den politiska nivån, ytterst får för patientsäkerheten och den strokevård som erbjuds medborgarna i Jönköpings län och Kalmar län. Tillsynen ger stöd för att den politiska styrningen har betydelse för hur strokevården bedrivs, vilken kvalitet den har och hur den utvecklas. Tydliga mål för strokevården, som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet, har möjlighet att leda till bättre vård för patienten.

Att vi utgår från vårdkedjan innebär att tillsynen är genomförd utifrån patientens perspektiv – vad som händer från att en person insjuknat i stroke till fortsatt vård och rehabilitering.

Den här rapporten riktar sig till landets alla landsting, regioner och kommuner, och till både politiker och tjänstepersoner.

Rapporten är skriven av utredaren Johanna Nilsson vid avdelning sydöst. Delaktiga i tillsynen har varit inspektörerna Helena Nilsson, Heléne Berglund, Madeleine Polsten, Mats Vendelius, Pavel Ouda, Ulrica Ostermark, Örjan Dahlberg och enhetschefen Lennart Pettersson.

*Gunilla Hult Backlund*

Generaldirektör

December 2017

## Sammanfattning och diskussion

---

Vår tillsyn talar starkt för att styrningen från politisk nivå är en del av förklaringen till skillnader i strokevårdens kvalitet. Tillsynen ger också stöd för att tydliga mål som regelbundet följs upp är en framgångsfaktor. Detta stämmer väl överens med vad man har sett i tidigare jämförande studier. Att jobba med tydliga mål från den politiska nivån, vilka går i linje med vetenskap och beprövad erfarenhet, borde därför vara ett användbart verktyg för att utjämna skillnader i strokevårdens kvalitet. Likaså att arbeta med en regelbunden uppföljning av målen, där resultatet av uppföljningen används i verksamheten.

Tydliga mål på politisk nivå har inte bara betydelse för de faktiska beslut som tas och de förändringar som görs, utan också för den kultur som utvecklas i verksamheten. Kulturen påverkar i sin tur den vård som patienten får ta del av. Att uttrycka att något är viktigt gör vissa handlingar och beteenden mer möjliga och andra handlingar och beteenden mindre möjliga. Berättelser från tillsynen stärker oss i den uppfattningen.

### Att styra med kunskap och kraft

Den politiska nivåns förmåga att styra verksamheten är, som denna tillsyn visar, både en riskfaktor och en nyckel till utveckling. Men kanske har behovet av och kraften i tydlig styrning från den politiska nivån underskattats?

I IVO:s tillsyn av hälso- och sjukvården framkommer ofta att verksamhetschefer tilldelas ansvar för utmaningar de varken har resurser eller mandat för att hantera. Därmed förskjuts problem vidare ut i verksamheten, bort från de som egentligen har det verkliga mandatet att förändra och bort från de som medborgarna har rätt att utkräva ansvar från, det vill säga de valda politikerna. Det medicinska ansvaret för patienterna åligger verksamheten och den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, men att lösa frågor som vårdplatser och att ge goda förutsättningar för att bedriva en patientsäker vård kan aldrig enbart vara upp till en enskild verksamhet. Vi menar att det finns behov av en politisk nivå som tar sitt ansvar och styr med kunskap och kraft.

### Den politiska nivån måste ta ansvar för hela vårdkedjan för att leva upp till god kvalitet

Strokevårdskedjan är uppdelad mellan olika vårdgivare och olika aktörer. Detta påverkar patienten, genom att vårdkedjan blir uppdelad i olika steg, där

- ⊗ överlämningen mellan stegen inte alltid fungerar så bra och
- ⊗ där vårdkvaliteten mellan olika vårdnivåer kan skilja sig åt.

Om överlämningen mellan stegen inte fungerar finns det bland annat risk för att patienten hamnar i kläm eller faller mellan stolarna och att patientens möjlighet att komma tillbaka till det liv hen levde före insjuknandet begränsas. Det kan också

bidra till att de förväntningar man har inte infrias, vilket kan påverka förtroendet för den svenska vården och omsorgen i stort. Många berättar i tillsynen om hur vårdens och omsorgens organisation i stuprör sätter gränser, både fysiska och mentala sådana. Och att risken då är stor att man sparar pengar i sin egen verksamhet, men att kostnaden ökar någon annanstans i systemet. Det kan vara patienten som får stå för slutnotan, i form av lägre välbefinnande och sämre hälsa. Det är svårt att se hur detta är samhällsekonomiskt försvarbart.

Olika delar av strokevårdskedjan styrs på olika sätt från politisk nivå, och med olika kraft. Resultaten i vår tillsyn pekar på att denna skillnad i styrning påverkar vårdkvaliteten. Inom specialistsjukvården läggs mycket kraft på att optimera de kliniska processerna för att uppnå bästa medicinska resultat. Det är också den del av vårdkedjan där det finns flest nationella indikatorer framtagna. Att fokusera på det mer akuta skedet är viktigt för att patienten ska lida så lite skada som möjligt i samband med sitt insjuknande och för att öka patientens framtida livskvalitet. Men patientens sjukhusvistelse är relativt kort. Den vård och omsorg som följer efter att patienten lämnar sjukhuset har därför stor betydelse för patientens fortsatta liv. Men inom exempelvis den kommunala verksamheten finns inte samma tydliga politiska styrning för att nå optimala resultat utefter patientens sjukdomsbild. Där ligger istället fokus på patientens hela livssituation, vilket är positivt. Men det medför också risk för att man av olika skäl tappar, eller inte har möjlighet att tillgodose, det kvarstående medicinska behovet. Vilket i sin tur kan få stora effekter för patientens fortsatta välbefinnande och hälsa.

Att få ett bra resultat när man styr med ett vertikalt fokus, och på olika sätt, över en horisontell process är en utmaning. Men det går att göra annorlunda. Ett högre gemensamt ansvarstagande för den horisontella vårdkedjan har möjlighet att spara både liv och pengar, och den politiska styrningen är ett viktigt förändringsverktyg. Genom att den politiska nivån i landsting och kommun sätter upp gemensamma kvalitetsmål för patientens sammanhållna strokevård och ger gemensamma uppdrag till verksamheterna i strokevårdskedjan, kan den politiska nivån bidra till att förbättra vårdens kvalitet för patienterna. Och istället för att ge pris till bästa strokeenhet eller bästa strokesjukhus, kanske det är hög tid att nominera årets strokevårdskedja?

## Ett resultat av IVO:s riskbaserade tillsyn

Rapporten presenterar IVO:s riskbaserade tillsyn av strokevårdskedjan i Jönköpings län och Kalmar län. Granskningen omfattar sex sjukhus, tolv vårdcentraler och åtta kommuner. Tillsynen har genomförts under 2017 genom flera delmoment, som riskinventering, frågor till politiker och tjänstepersoner, dialogmöten och enkäter. Nästan 600 personer som arbetar i strokevårdskedjan har svarat på IVO:s enkät om hur strokevården fungerar. Läs mer om tillsynens tillvägagångssätt i bilaga 1.

Det ska förtydligas att vi i denna tillsyn har granskat styrningen från politisk nivå utifrån de mål som sätts, de uppdrag som ges och den uppföljning som tillämpas. Med detta menas dock inte att vi har granskat vad det är politikerna prioriterar eller politikens sakinnehåll; detta är i slutändan en politisk fråga där olika alternativ måste ställas mot varandra. Vi har däremot granskat hur man från den politiska nivån styr

och hur tydlig man är i sin styrning – vi har följt beslutens väg från politisk nivå till patient. Vi menar inte att strokevården ska prioriteras, men däremot att det kan ha betydelse för patientens vård hur man från politiskt håll formulerar och följer upp sina mål för strokevården.

## Innehåll

---

Förord .....	4
Sammanfattning och diskussion .....	5
Att styra med kunskap och kraft.....	5
Den politiska nivån måste ta ansvar för hela vårdkedjan för att leva upp till god kvalitet.....	5
Ett resultat av IVO:s riskbaserade tillsyn .....	6
En tillsyn med styrningen i fokus .....	10
Stroke – en folksjukdom .....	10
Regionala skillnader i den strokevård som erbjuds .....	11
Vården utvecklas olika över tid .....	12
Strategiska satsningar och ambitiösa mål kan ge resultat .....	13
Att styra på distans kräver fokus på ett begränsat antal frågor .....	14
Styrningen av strokevården delas mellan landsting och kommun.....	15
Tillsynens upplägg i korthet.....	15
Tydligare mål i landstinget i Kalmar län .....	16
Beslutens förankring och genomslag på landstingsnivå.....	16
Riktlinjernas förankring och genomslag på landstingsnivå.....	17
Det saknas mål för den kommunala strokevården .....	19
Beslutens förankring och genomslag på kommunal nivå .....	19
Riktlinjernas förankring och genomslag på kommunal nivå .....	20
Patienten i fokus .....	22
Skiftande kvalitet på vården och omsorgen .....	24
Personalen skattar kvaliteten olika mellan länen.....	25
Kvaliteten skattas högre i början av strokevårdskedjan .....	26
Kommunerna har sämre förutsättningar för att ge bra strokevård .....	27
Exemplet med direktinläggning på strokeenhet.....	29
Vården och omsorgen är inte alltid anpassad efter sjukdomsbild .....	31
Vanligare med arbetsbeskrivningar i början av vårdkedjan.....	31
Uppdrag och ansvar inte alltid tydligt.....	32
Ingen tar helhetsansvar för patientens väg genom vårdkedjan.....	34
Patienten hamnar i kläm och faller mellan stolarna .....	34
Samverkan med vårdgrannar är inte alltid beskriven .....	36
Det är ibland otydligt för personalen hur de ska samverka .....	36



Viktigt att ha koll på kvaliteten och hur den utvecklas .....	37
Strokevården anses inte vara jämlik .....	40
Geografisk plats är avgörande för vilken vård patienten får .....	40
Resursfördelning, styrning och ledning anses orsaka skillnader.....	43
Exemplet med uppföljning efter insjuknandet .....	43
<b>Bilaga 1 – Metod och tillvägagångssätt .....</b>	<b>45</b>
Beskrivning av tillsynen .....	45
Riskbaserad tillsyn.....	47
Inspekterade verksamheter.....	48
<b>Bilaga 2 – Regionala skillnader .....</b>	<b>50</b>
Andel avlidna efter 90 dagar .....	50
Behov av hjälp tre månader efter stroke .....	50
<b>Bilaga 3 – Frågor till den politiska nivån och tjänstemannanivån inom landsting och kommun.....</b>	<b>51</b>
Frågor till politiska nivån inom landsting och kommun .....	51
Frågor till tjänstemannanivån inom landsting och kommun.....	51
<b>Bilaga 4 – Enkätfrågor till personal i strokevårdskedjan .....</b>	<b>52</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>53</b>
Webbplatser .....	53

## En tillsyn med styrningen i fokus

---

Var en person bor och befinner sig när hen får stroke påverkar chanserna och möjligheterna till vård, omhändertagande och rehabilitering. Samtidigt är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I IVO:s uppdrag ingår att bedriva tillsyn inom de områden där det finns skillnader i vård mellan patienterna.

I den här rapporten redovisar vi en tillsynsinsats som har genomförts under 2017. Tillsynen utgår från vårdkedjan för personer som insjuknat i stroke i Jönköpings län och Kalmar län. Fokus är på vilka konsekvenser styrningen från politisk nivå får för patienternas vård och för patientsäkerheten. Tillsynen bygger på en jämförelse av den politiska styrningen av strokevården i två län, på både landstingsnivå och kommunal nivå. Vi beskriver hur styrningen har betydelse för hur strokevården bedrivs, vilken kvalitet den har och hur den utvecklas.

Med politisk styrning menar vi det inflytande den politiska ledningen, vilket är den högsta ledningen, utövar på verksamheten genom de mål som sätts, de uppdrag som ges och den uppföljning som tillämpas. Vi har granskat hur den politiska ledningen styr och hur tydliga de är i sin styrning – vi har följt beslutens väg från politiken till patienten.

För att öka läsbarheten har vi gjort en del förenklingar av de begrepp som används. Då vi i rapporten hänvisar till region och/eller landsting har vi valt att enbart använda begreppet landsting. Då det hänvisas till den enskilde, har vi valt att benämna denne som patient, även om hen också kan vara en brukare (inom socialtjänsten). Slutligen har vi valt att använda begreppet vårdcentral, även om det finns verksamheter som går under beteckningen hälsocentral.

Nedan beskriver vi tillsynens bakgrund och utgångspunkter.

### Stroke – en folksjukdom

Stroke är en av Sveriges största folksjukdomar.<sup>1</sup> Cirka 30 000 personer får stroke varje år och de flesta är över 65 år.<sup>2</sup> Ett insjuknande i stroke kommer nästan alltid plötsligt och oväntat. De vanligaste symtomen är svaghet i ansikte, arm och ben och/eller talsvårigheter. Varje år insjuknar även 8 000–12 000 personer i en så kallad TIA (transitorisk ischemisk attack). TIA är episoder med strokesymtom som går över inom 24 timmar, och innebär en ökad risk att insjukna i stroke.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt och hjärnblödning.

<sup>2</sup> [www.riksstroke.org](http://www.riksstroke.org)

<sup>3</sup> Riksstroke 2017b.

Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiska funktionsnedsättningar hos vuxna och den tredje vanligaste orsaken till död, efter hjärtinfarkt och cancer. Nästan 20 procent av alla som insjuknar avlider inom 90 dagar. Stroke är den enskilda kroppsliga sjukdomen som svarar för flest vård dagar på svenska sjukhus.<sup>4</sup> Personer som insjuknat i stroke kräver dessutom stora resurser inom den kommunala verksamheten.

Allt fler överlever idag efter att ha fått en stroke och den medicinska utvecklingen har inneburit att det finns stora möjligheter att förebygga, diagnostisera och behandla sjukdomen. Vissa personer kan relativt snabbt gå tillbaka till det liv man levde före insjuknandet, medan andra får men som kräver långvariga rehabiliteringsinsatser och stöd i det dagliga livet.

Den vård och omsorg som patienter med stroke behöver är komplex. Vårdkedjan omfattar allt från akut omhändertagande till vård, uppföljning och rehabilitering inom specialistsjukvården, primärvården och den kommunala verksamheten. Och vårdkedjan kräver att samverkan mellan vårdnivåer och vårdgivare är väl utvecklad.

## Regionala skillnader i den strokevård som erbjuds

Sveriges kommuner och landsting (SKL) jämförde 2017 landstingens måluppfyllelse inom strokevården.<sup>5</sup> Resultatet visar på de regionala skillnader som finns i den strokevård som erbjuds patienterna. I den här rapporten jämför vi Jönköping, som fick bäst resultat 2015, med Kalmar, som fick något sämre resultat, se diagram 1 nedan.

Skillnaderna mellan Jönköpings län och Kalmar län kan också noteras då vi ser till överlevnadsgraden. År 2015 var andelen som levde efter 90 dagar 83 procent i Jönköpings län och 80 procent i Kalmar län (värdena är dock inte justerade för exempelvis socioekonomiska faktorer). Vidare var andelen som var ADL-beroende<sup>6</sup> efter tre månader högre i Kalmar (18-20 procent) än i Jönköping (16-18 procent). Se bilaga 2 för mer detaljerad information.

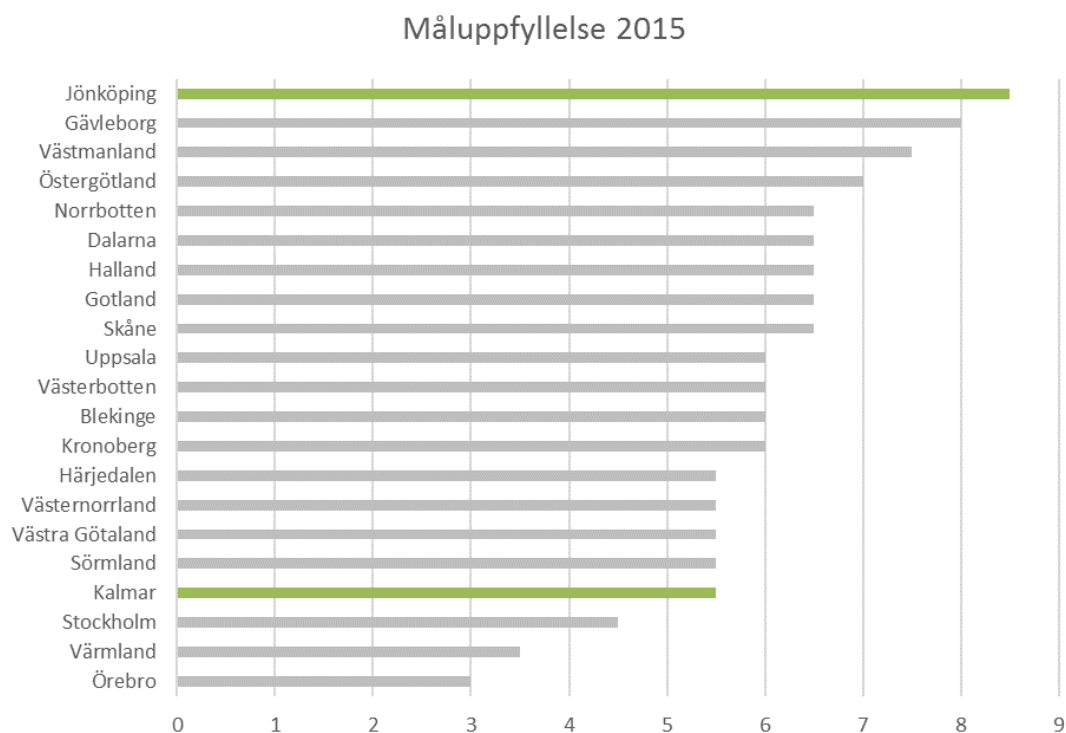
---

<sup>4</sup> Riksstroke 2017b.

<sup>5</sup> SKL 2017. De elva indikatorer som användes i jämförelsen hämtades från Riksstroke och utgick från Riksstrokes målnivågränser (som baserar sig på Socialstyrelsens nationella riktlinjer). De indikatorer som ingick i jämförelsen var: blodfettssänkande behandling vid utskrivning efter stroke, blodförtunnande läkemedel vid utskrivning efter stroke och förmaksflimmer, blodtryckssänkande behandling vid utskrivning efter stroke, direktinläggning på strokeenhet, reperfusionsterapi vid stroke, rökstopp efter stroke, test av sväljförmåga vid akut stroke, tid till trombolys vid stroke, tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke, uppföljning tre månader efter stroke och vård på strokeenhet.

<sup>6</sup> Patienten räknas som ADL-beroende om hen behöver hjälp av andra vid på- och avklädning och/eller toalettbesök.

Diagram 1. Poängmodell för 11 indikatorer baserat på Riksstroke's målnivågränser. Resultat från 2015.



Källa: SKL 2017.

## Vården utvecklas olika över tid

Alla landsting och kommuner arbetar med utveckling och förbättring på olika sätt. När vi tittar på de indikatorer från Riksstroke som ingick i SKL:s granskning för år 2016 ser vi att Kalmar län verkar ha antagit mer positiv utveckling än Jönköpings län mellan 2015 och 2016, se tabell 1. Flera mätvärden för Kalmar ligger nu bättre till än vad de gör för Jönköping. Vad som kan tänkas ha bidragit till denna utveckling kommer vi tillbaka till i de nästkommande kapitlen.

År 2016 finns fortfarande skillnader i överlevnadsgrad mellan länen där Jönköping har en högre överlevnadsgrad efter tre månader (värdena är dock inte justerade för exempelvis socioekonomiska faktorer).<sup>7</sup> Andelen av patienterna som var ADL-beroende efter tre månader var nu däremot lika stor i Kalmar län som i Jönköpings län.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Riksstroke, 2017c. Andelen överlevande i Jönköpings län var 83 procent och i Kalmar 77 procent.

<sup>8</sup> Riksstroke, 2017a. Andelen ADL-beroende patienter efter tre månader var 16-19 procent i båda länen.

**Tabell 1. Indikatorer från Riksstroke, resultat för 2015 och 2016 för Jönköpings län respektive Kalmar län.**

JÖNKÖPING				KALMAR		
2015		2016		2015		2016
84%	↘	72%	Direktinläggning på strokeenhet	88%	↗	92%
42 min	↗	37 min	Tid till trombolys vid stroke	37 min	↗	33 min
11%	↗	13%	Reperfusionsterapi vid stroke	9%	↗	11%
97%	↘	94%	Test av sväljförmåga vid akut stroke	95%	→	95%
97%	→	97%	Vård på strokeenhet	94%	→	94%
82%	→	82%	Blodtryckssänkande behandling vid utskrivning efter stroke	84%	↘	83%
81%	↗	84%	Blodförtunnande läkemedel vid utskrivning efter stroke och förmaksflimmer	53%	↗	85%
76%	↗	77%	Blodfettssänkande behandling vid utskrivning efter stroke	75%	↗	78%
48%	↗	50%	Rökstopp efter stroke	53%	↗	55%
76%	↘	66%	Tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke	60%	↗	66%
90%	↘	82%	Uppföljning tre månader efter stroke	89%	↗	93%

Källa: Vården i siffror, [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se) (indikatorer från Riksstroke).

## Strategiska satsningar och ambitiösa mål kan ge resultat

Styrning och ledning har betydelse för hur strokevården bedrivs, vilken kvalitet den har och hur den utvecklas. Skillnader mellan olika former av styrning kan därmed få reella effekter för den vård som patienten tar del av – effekter som kan handla om skillnader mellan liv och död.

Landsting och sjukhus med goda resultat inom strokevården beskriver i större utsträckning att de har strategiska satsningar på strokevården, och en samsyn kring ambitiösa mål för strokevården. Detta har SKL kommit fram till i en jämförande studie där de ringat in ett antal framgångsfaktorer i strokevården baserat på observerade skillnader i kvalitet, se illustration 1 nedan.<sup>9</sup>

Några framgångsfaktorer rör specifika delar och vårdinsatser i strokevårdskedjan, medan andra rör sådana som är mer generella, det vill säga att man:

<sup>9</sup> SKL, 2015a. Studien är initierad utifrån det uppdrag som nationella programrådet för stroke vid SKL har som bland annat består i att följa och analysera eventuella variationer i vårdpraxis. Health Navigator AB har genomfört studien.

- ⊗ har uppdaterade kunskapsunderlag som används,
- ⊗ följer upp verksamheten och återkopplar, med ansvarskultur,
- ⊗ har levande och verksamhetsnära strukturer för förbättringsarbete och
- ⊗ har strategiska satsningar mot ambitiösa mål.

SKL:s kartläggning är inte heltäckande och rör framför allt den akuta strokevården. Den kan ändå bidra till värdefulla insikter om ledning och styrning, som kan tillämpas i flera delar av strokevårdskedjan. De förutsättningar som SKL lyfter fram fokuserar framför allt på arbetssätt. I det följande återkommer vi till dessa framgångsfaktorer.

### Illustration 1. Framgångsfaktorer i strokevården.

<p><b>A. Direktintag på strokeenhet:</b> <i>Strokeenhet för alla med stroke</i></p> <p><b>A1.</b> Inställning att alla som får stroke har rätt att vårdas på strokeenhet</p> <p><b>A2.</b> Rutiner för att säkerställa att inläggning sker på strokeenhet</p> <p><b>A3.</b> Strokeenhet som är dimensionerad efter behovet</p>	<p><b>B. Andel reperfusion:</b> <i>Kompetens och konsensus (och strokekampanjen upplevs bidra)</i></p> <p><b>B1.</b> Offensiv behandlingskultur för trombolys</p> <p><b>B2.</b> Tillgång till kompetens och trombolys-erfarenhet</p>	<p><b>C. Tid till trombolys:</b> <i>Snabbspår för att tid är hjärna</i></p> <p><b>C1.</b> "Tid är hjärna"-kultur med minutjakt mot ambitiösa mål</p> <p><b>C2.</b> Slimmat snabbspår för trombolys utan extra moment</p> <p><b>C3.</b> Snabbspåret för trombolys välkänt och inövat</p>	<p><b>D. Andel antikoagulantia:</b> <i>Konsensus kring vid indikation samt rutiner för att säkra behandling</i></p> <p><b>D1.</b> Inställning att nyttan med antikoagulantia väger tyngre än riskerna</p> <p><b>D2.</b> Fungerande rutiner för att säkerställa ordination</p> <p><b>D3.</b> Om antikoagulantia inte kan ges vid utskrivning: uppföljning vid stromemottagning och god informationsöverföring till primärvården</p>	<p><b>E. Tidig understödd hemgång:</b> <i>Lovande satsningar pekar på vikten av samverkan och uppföljning</i></p> <p><b>E1.</b> Tydlig tillhörighet till sjukhuset</p> <p><b>E2.</b> Gott samarbete med övriga aktörer</p> <p><b>E3.</b> Tydlig återkoppling till berörda aktörer</p>
<p><b>F. Goda förutsättningar för akut strokevård:</b>            F1. Uppdaterade kunskapsunderlag som används            F2. Uppföljning och återkoppling med ansvarskultur            F3. Levande och verksamhetsnära strukturer för förbättringsarbete            F4. Strategiska satsningar mot ambitiösa mål</p>				

Källa: SKL, 2015b

### Att styra på distans kräver fokus på ett begränsat antal frågor

Att styra hälso- och sjukvården innebär att det ställs många olika krav, från många olika aktörer, på hur verksamheten och vården ska bedrivas. De styrsignaler som påverkar verksamheten är många, olika, ibland svårtolkade och motstridiga. Det medför genuina dilemman i vardagen, där det sällan går att uppnå allt gott. ”Det goda måste vägas mot det goda”, som sex forskare uttrycker det i boken *Ledande frågor*, från *Leading Health Care* (2013).<sup>10</sup>

<sup>10</sup> *Leading Health Care* (LHC) är en akademisk tankepartner för fördjupad dialog om framtidens hälsa, vård och omsorg. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. De finansieras huvudsakligen genom uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna (IVO ingår i partnergruppen).

Forskarna framhåller att det måste finnas utrymme för ett lokalt omdöme, där olika värden kan avvägas i konkreta situationer, för att den mångfaldiga styrningen inom hälso- och sjukvården ska kunna fungera väl. Att i denna miljö utveckla en detaljerad styrning på distans ”är som att försöka leda ett barnkalas per sms”. Det riskerar att leda till ett överskott på styrimpulser och brist på efterlevnad.<sup>11</sup> Behovet av minskad detaljstyrning tas också upp i den statliga utredningen Effektiv vård.<sup>12</sup>

Forskarna menar vidare att en utgångspunkt för styrning på distans (som bland annat politikerna utövar) är att välja ut och fokusera på ett begränsat antal frågor, gärna sådana som ingen aktör har ett helhetsansvar för eller där det krävs samordning mellan olika initiativ.

## Styrningen av strokevården delas mellan landsting och kommun

Vårdkedjan för stroke omfattar allt från akut omhändertagande till vård, uppföljning och rehabilitering inom specialistsjukvården, primärvården och den kommunala verksamheten. Styrningen av vårdkedjan är däremot uppdelad mellan landsting och kommun. De politiska beslut som fattas inom landstinget påverkar ambulanssjukvården, specialistsjukvården och primärvården. De politiska besluten på kommunal nivå påverkar omsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Mellan landsting och kommun finns vanligtvis olika former av samverkansavtal, men bortsett från det utövas styrningen självständigt.

## Tillsynens upplägg i korthet

Givet att styrningen har betydelse för vårdens kvalitet har vi valt att tillsyna strokevården, med fokus på vilka konsekvenser den politiska styrningen ytterst får för patientsäkerheten och den strokevård som erbjuds medborgarna i Jönköpings län och Kalmar län.

Tillsynen har bland annat belyst om besluten som fattats på politisk nivå återföljs av uppdrag från tjänstepersonerna till verksamheterna. Tillsynen har även belyst om den politiska styrningen möjliggör att medborgarna får vård på lika villkor. Vi har inte granskat vad det är som man från politiskt håll prioriterar eller politikens sakinnehåll; detta är i slutändan en politisk fråga där olika alternativ måste ställas mot varandra.

Granskningen omfattar sex sjukhus, tolv vårdcentraler och åtta kommuner. Tillsynen har genomförts under 2017 genom flera delmoment, som riskinventering, frågor till politiker och tjänstepersoner, dialogmöten och enkäter. Nästan 600 personer som arbetar i strokevårdskedjan har svarat på IVO:s enkät om hur strokevården fungerar. Läs mer om tillsynens tillvägagångssätt i bilaga 1.

---

<sup>11</sup> Leading Health Care, 2013.

<sup>12</sup> SOU, 2016.

## Tydligare mål i Landstinget i Kalmar län

---

Vi kan av tillsynen konstatera att det finns en skillnad mellan Region Jönköpings län och Landstinget i Kalmar län i hur man från politisk nivå styr strokevården. Det går att utläsa av svaren på den enkät som gick ut till den politiska ledningen och tjänstemannanivån i de båda länen. Frågorna finns i bilaga 3.

I Landstinget i Kalmar län har man särskilt fokuserat på strokevården, med ett tydligt uppdrag som går från den politiska nivån, vidare till förvaltningen och verksamheterna. Sådana strategiska satsningar har i tidigare studier visat sig vara en framgångsfaktor (se föregående kapitel). Uppdraget från den politiska nivån om att fokusera på de kliniska processerna kring strokevården i Kalmar syns också i landstingets patientsäkerhetsberättelse för 2016. Där beskriver man att diagnosen stroke ingår i landstingets övergripande processarbete och att sammankopplingen med landstingets arbete med kunskapsstyrning har utvecklats. Målet med processarbetet är att de medicinska resultaten ska förbättras men även att det ska bidra till att vårdkedjan blir enkel, logisk och tydlig för patienten. Betydelsen av att skapa en brygga mellan landstinget och den kommunala verksamheten lyfts även fram i den politiska ledningens enkätsvar till IVO.

I Region Jönköpings län finns inget särskilt fokus på strokevården från den politiska nivån, och strokevården är inte heller särskilt synlig i landstingets patientsäkerhetsberättelse. I patientsäkerhetsberättelsen syns istället andra patientgrupper, som patienter med hjärtsvikt, där primärvårdens arbete lyfts fram. I Jönköping uppger den politiska ledningen att arbetet med patienter med stroke utgår från de nationella riktlinjer som är framtagna via Socialstyrelsen.

Orsakerna till skillnaden mellan landstingen kan vara flera, men kanske går de delvis att finna i hur kvaliteten i strokevården tidigare har sett ut? Som indikatorerna från Riksstroke har visat låg Region Jönköpings län i många avseenden bättre till i kvalitetsjämförelserna för 2015 än vad Landstinget i Kalmar län gjorde. Kalmar hade 2015 även högre mortalitet och högre andel ADL-beroende tre månader efter stroke (se bilaga 2). Detta kan ha ökat behovet av att fokusera på strokevården i just Kalmar län.

### Beslutens förankring och genomslag på landstingsnivå

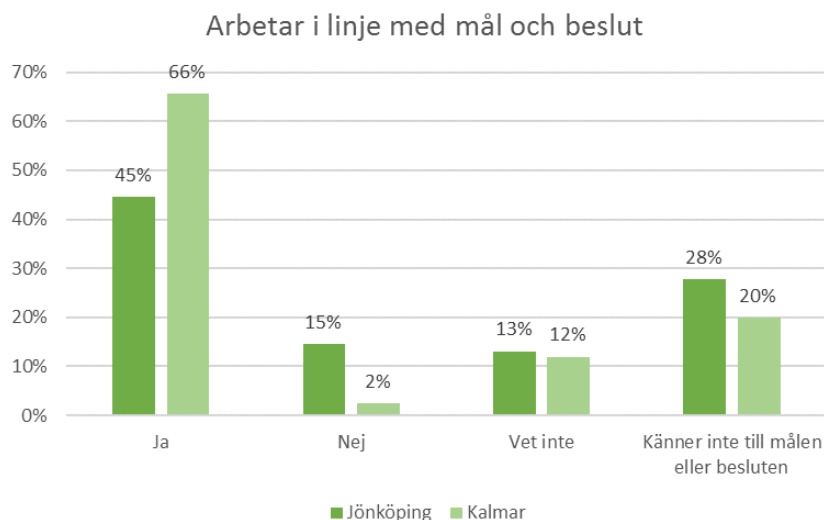
Hur personalen uppfattar och följer den politiska nivåns mål och inriktningsbeslut ger starka indikationer om hur tydlig styrningen är för verksamheterna och hur förankrad den är hos personalen. Det var också en fråga i den enkät som vi skickade ut till verksamheterna (se bilaga 4). Av svaren kan vi utläsa att politiken framstår som mer förankrad, och verkar ha fått större genomslag i Kalmar län än i Jönköpings län.



I diagram 2 nedan framgår att personalen i Kalmar län i högre utsträckning än i Jönköpings län svarar att de känner till de politiska målen eller besluten. Detta kan hänga ihop med den skillnad i politisk styrning mellan landstingen vi tidigare har noterat, där Kalmar har en mer uttalad politisk målsättning med just strokevården. Vidare framgår att det är en betydligt högre andel av personalen i Kalmar län som anser att de arbetar i linje med de politiska mål och inriktningsbeslut som finns för strokevården i landstinget. Drygt 60 procent av de svarande anser att man gör det. I Jönköping är motsvarande andel cirka 45 procent.

Det ska dock noteras att svaren från sjukhusen i Jönköpings län skiljer sig en del åt. Länssjukhuset Ryhov särskiljer sig tydligt från övriga sjukhus genom att det är en högre andel av personalen som anser att de inte arbetar i linje med de politiska målen och inriktningsbesluten. Personalen på övriga sjukhus i Jönköpings län svarar mer i linje med personalen på sjukhusen i Kalmar län.

**Diagram 2. Personalens svar på frågan ”Tycker du att ni i er verksamhet arbetar i linje med de politiska mål och inriktningsbeslut som finns för strokevården i landstinget / regionen?”.** Svarande verksamheter: ambulanssjukvård, specialistsjukvård, privat och offentlig primärvård samt annan landstingsdriven verksamhet.



Källa: Enkätundersökning, IVO.

## Riktlinjernas förankring och genomslag på landstingsnivå

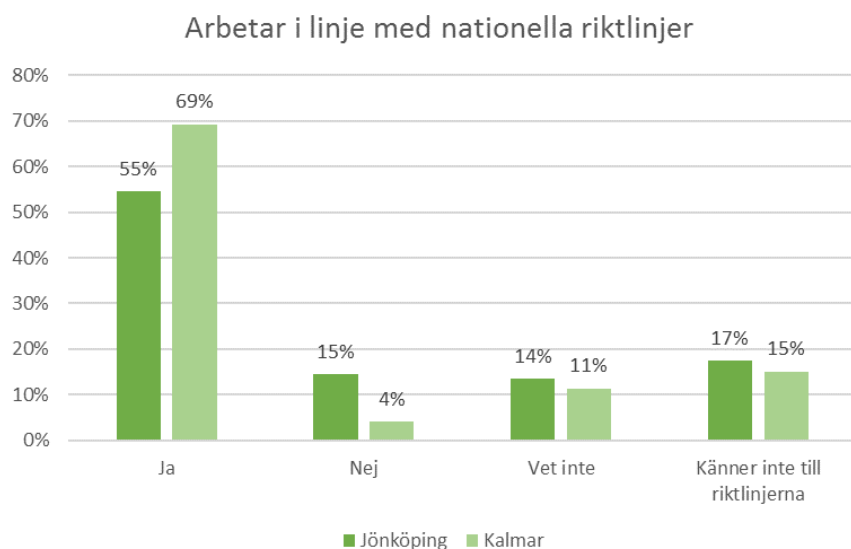
Den politiska nivån i Region Jönköpings län har inga särskilda mål framtagna för strokevården, men de för fram Socialstyrelsens nationella riktlinjer som en viktig utgångspunkt för landstingets arbete. Det kan därmed vara värdefullt att se även hur dessa uppfattas ute i verksamheten.

I diagram 3 kan vi se att kännedomen om riktlinjerna är likartad mellan de två länen. Däremot anger personalen i Jönköping län i lägre utsträckning än i Kalmar län att de arbetar i linje med de nationella riktlinjerna. Totalt 15 procent av de svarande i Jönköpings län uppger att de inte tycker att man arbetar i linje med riktlinjerna jämfört med 5 procent i Kalmar län.

Liksom tidigare skiljer sig svaren från de olika sjukhusen i Jönköpings län en del åt. Länssjukhuset Ryhov särskiljer sig tydligt i underlaget genom att en högre andel av personalen inte anser att de arbetar i linje med de nationella riktlinjerna. Personalen på övriga sjukhus i Jönköpings län svarar mer i linje med personalen på sjukhusen i Kalmar län.

I dialogerna med verksamheterna berättade i något fall personalen om hur de upplevde att man arbetade mer i linje med riktlinjerna inom specialistsjukvården. Inom primärvården är det ofta upp till varje läkare och det finns läkare som inte alltid känner till riktlinjerna. Detta sammanfaller med personalens enkätsvar, av vilka det framgår att det är fler inom specialistsjukvården än inom primärvården som känner till riktlinjerna och det är fler som anser att man arbetar i linje med riktlinjerna.

**Diagram 3. Personalens svar på frågan ”Tycker du att ni i er verksamhet arbetar i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård?”. Svarande verksamheter: ambulanssjukvård, specialistsjukvård, privat och offentlig primärvård samt annan landstingsdriven verksamhet.**



Källa: Enkätundersökning, IVO

## Det saknas mål för den kommunala strokevården

---

Gemensamt för alla kommuner som omfattas av tillsynen är att man från politisk nivå uppger att det inte finns några specifika mål för strokevården. Detta beror sannolikt på att den kommunala verksamheten är organiserad på ett helt annat sätt än vad den landstingsdrivna verksamheten är, och då i synnerhet sjukhusen.

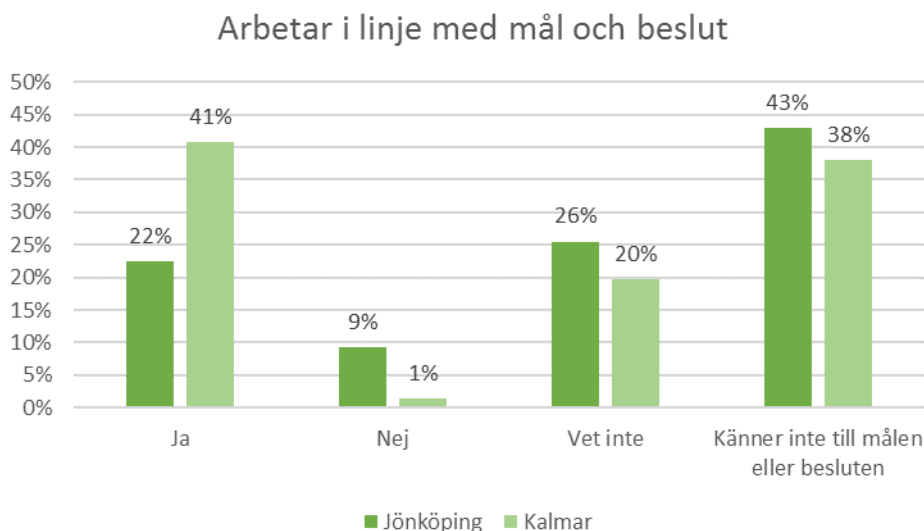
De målsättningar som finns är istället knutna till olika målgrupper, som äldre eller personer med funktionsnedsättning, och till den enskildes behov av insatser (äldre med demens är dock en persongrupp som utgör ett undantag och som ofta lyfts i de kommunala verksamheternas åiterrapportering). Detta får betydelse för hur verksamheten styrs och följs upp, det vill säga det görs framför allt per verksamhetsområde och på individnivå. Det får även effekt för hur de kommunala insatserna utformas. Det kan innebära att patienten får ta del av det generella utbudet av insatser, istället för sådana som är utformade och bemannade specifikt för patienter med stroke. En kommun uppger i sitt enkätsvar till IVO att strokevården är en del av äldreomsorgen, med samma utbud av insatser som för andra grupper. Men det finns också exempel på kommuner där man har anpassat verksamheten för just patienter med stroke. I Värnamo kommun har man exempelvis identifierat ett antal fördjupningsområden för kommunens arbete, där stroke ingår. Det finns ett lokalt rehabiliteringsprogram och processbeskrivning för stroke och det finns särskilda resursteam för stroke.

Några kommuner anger att de arbetar efter de styrdokument som finns för samverkan och gemensam styrning och ledning i länet. Exempelvis anger Jönköpings kommun att ett av målen i den gemensamma handlingsplanen för äldre är att patienter som vårdats för stroke ska få rehabilitering enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvården. Det utgör därmed också nämndens uppdrag till den kommunala hälso- och sjukvården.

### Beslutens förankring och genomslag på kommunal nivå

I enkätsvaren från personalen på kommunal nivå avspeglar sig det faktum att det i regel inte finns några politiska mål för endast strokevården, och att andra inriktningsbeslut är otydliga (som att följa länsgemensamma styrdokument). I diagram 4 kan vi se att cirka 40 procent av de svarande inte känner till de politiska målen och inriktningsbesluten i kommunen, jämfört med cirka 20 procent på landstingsnivå.

**Diagram 4. Personalens svar på frågan ”Tycker du att ni i er verksamhet arbetar i linje med de politiska mål och inriktningsbeslut som finns för strokesjukvården i kommunen”. Svarande verksamhet: all kommunal verksamhet.**



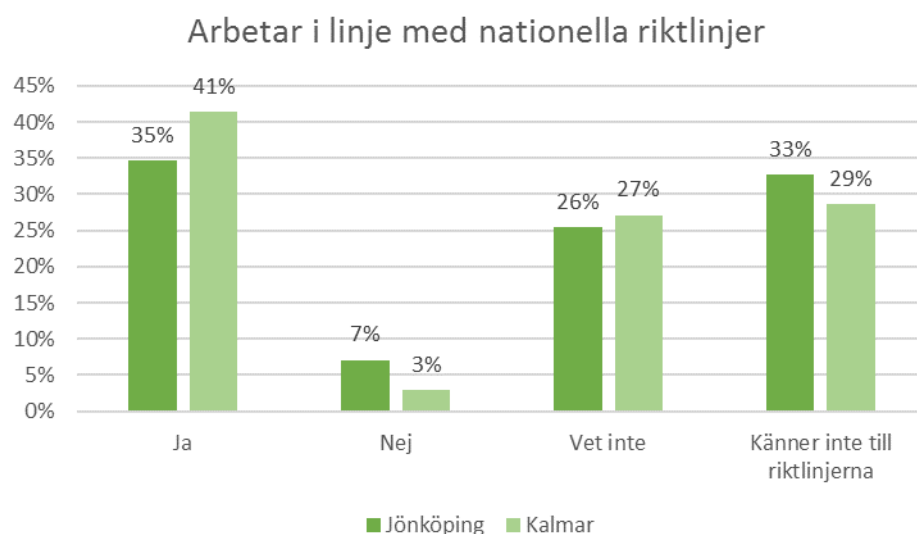
Källa: Enkätundersökning, IVO

En intressant iakttagelse i diagrammet ovan är att personalen i Kalmar län i högre utsträckning än i Jönköpings län tycker att man arbetar i linje med de politiska målen och besluten. Detta trots att kommunerna i Kalmar län, enligt vår analys av inkomna enkätsvar, inte har tydligare politiska mål än i Jönköpings län. Är det möjligt att skillnaden i styrning på landstingsnivå på något sätt slår igenom på kommunal nivå genom de länkar och den samverkan som finns mellan olika huvudmän? Kan det faktum att stabiliteten i personalstyrkan i Kalmar län har varit högre, påverka? Det vill säga att man har andelsmässigt fler människor som har arbetat länge i verksamheten och som därmed har upparbetad kunskap om verksamheten? Kan det också ha betydelse att Kalmar genomförde hemsjukvårdsreformen tidigare än i Jönköping, och därmed har haft mer tid att landa i den nya organisationen?

### Riktlinjernas förankring och genomslag på kommunal nivå

Kännedomen om Socialstyrelsens nationella riktlinjer är lägre på kommunal nivå än på landstingsnivå. Ungefär en tredjedel av de svarande anger att de inte känner till riktlinjerna. På landstingsnivå är motsvarande siffra mindre än 20 procent.

**Diagram 5. Personalens svar på frågan ”Tycker du att ni i er verksamhet arbetar i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård?”. Svarande verksamheter: all kommunal verksamhet.**



Källa: Enkätundersökning, IVO

Att kännedomen är lägre på kommunal nivå är kanske inte förvånande i och med att arbetet är mer specialiserat på exempelvis ett sjukhus än på ett kommunalt boende. Däremot är det en försvårande omständighet om man från den politiska ledningen har fattat inriktningsbeslut om att följa riktlinjerna, vilket man i flera kommuner faktiskt har gjort. I synnerhet om det inte heller finns lokala styrdokument på plats som har införlivat de nationella riktlinjerna (läs mer om detta i avsnittet om *Vården och omsorgen är inte alltid anpassad efter sjukdomsbild*). Som en kommunalanställd personal sa i dialogerna med IVO: ”Vi känner till att riktlinjerna finns, men inte hur de är nedbrutna på lokal nivå.” Då har den politiska ledningen inte lyckats med att få genomslag för den styrning som man en gång har beslutat om. Detta kan i sin tur minska patientens möjligheter att få ta del av en vård som ligger i linje med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Uppfattningen bland personalen om huruvida man arbetar i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer är relativt lika mellan kommunerna i de båda länen. Andelen är dock något högre i kommunerna i Kalmar län – drygt 40 procent jämfört med i Jönköping 35 procent. Vad gäller de nationella riktlinjerna bör det tilläggas att all legitimerad personal (både på kommunal nivå och på landstingsnivå) ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659). Då riktlinjerna utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet ligger kännedomen om dem i linje med det som enligt lag åligger hälso- och sjukvårdspersonalen.

# Patienten i fokus

## Exempel på patientens väg genom vårdkedjan

### Torsdag, 14:10

Fredrik 52 år får plötsligt talsvårigheter, blir desorienterad, och blir svag i höger arm och ben. Fredriks fru ringer 112.

### Torsdag, 14:35

Fredrik hämtas av ambulansen och körs till närmsta sjukhus. Ambulanspersonalen följer aktuell checklista för stroke.

### Torsdag 14:50

Fredrik kommer till akutmottagningen på sjukhuset där larmet för "Rädda hjärnan" har initierats. Skiktröntgen av huvudet (CT) utförs och trombolys ges så att blodproppen löses upp. Fredrik flyttas sedan till den medicinska akutvårdsavdelningen, MAVA.

### Fredag

Fredrik flyttas från MAVA till medicinavdelningen och först då får rehabteamet veta att han vårdas på sjukhuset. Rehabpersonalen gör en bedömning av Fredrik. Det konstateras att Fredrik har förbättrats efter genomförd trombolys men har kvarstående svaghet i höger arm och ben och har fortsatt behov av rehabilitering.

### Lördag, söndag

Omvårdnadspersonalen försöker få till träning enligt rehabteamets planering, trots hög belastning på avdelningen.

### Måndag

Vid måndagsronden diskuteras om Fredrik ska flyttas över till rehabiliteringsmedicinska kliniken. Men på grund av platsbrist beslutas det att han ska ligga kvar på medicinavdelningen. Fortsatta undersökningar görs och vårdplanering med kommunen inleds. Fredriks fru deltar vid vårdplaneringen.

### Torsdag

Fredrik erbjuds plats på korttidsboende tack vare hans frus engagemang och påverkan. Innan Fredrik skrivs ut får han träffa en AT-läkare som går igenom sjukdomsförloppet och den fortsatta planeringen. Läkaren uppmanar Fredrik att kontakta vårdcentralen för kontroll av blodtrycket och förklarar att han även kommer att kallas till strokemottagningen inom tre månader. På fredagen skrivs Fredrik ut.

### Två veckor senare

Fredrik får åka hem från korttidsboendet med fortsatt hjälp och stöd av hemtjänst och hemsjukvård. Eftersom han inte fått den rehabilitering på korttidsboendet som han blev lovad på sjukhuset funderar han mycket på om han någonsin kommer bli tillräckligt bra för att kunna återgå till arbetet.

### Tre månader senare

Fredrik har fått hjälp med sin fysiska rehabilitering i hemmet och har förbättrats, men det kvarstår fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Vid återbesöket på strokemottagningen konstateras att Fredrik inte har kontrollerat blodtrycket på vårdcentralen och att det har varit problem med hans läkemedel.

Fortsatt uppföljning och rehabilitering

Som föregående kapitel visar finns det olikheter mellan landstingen i hur man från politisk nivå styr strokevården. I Landstinget i Kalmar län finns en tydligt uttalad målsättning för just strokevården och i Region Jönköpings län utgår den politiska styrningen av strokevården från Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Genom enkätsvaren från personalen kan vi se att skillnaderna i politisk styrning förefaller nå hela vägen ut i organisationerna.

Skillnaden i hur olika vårdgivare styr strokevården har framför allt noterats på landstingsnivå. Men vi har också kunnat se att den politiska styrningen av strokevården är otydligare på kommunal nivå än på landstingsnivå – det finns inga kommuner som har politiska mål satta utifrån patienter med stroke.

Tillsynen visar att skillnaderna i politisk styrning mellan landsting och mellan vårdnivåer sammanfaller med skillnader i hur personalen uppfattar att verksamheten fungerar. Det sammanfaller även med den kvalitet som personalen uppfattar att vården och omsorgen har genom den vårdkedja som illustrerats i det fiktiva exemplet ovan (skillnaderna i styrning sammanfaller även med statistik från Riksstroke, se avsnitt *Vården utvecklas olika över tid*). Som följande avsnitt kommer att visa innebär det att personalen uppfattar att verksamheten i flera avseenden fungerar bättre och att vårdens kvalitet är högre i Landstinget i Kalmar län än i Region Jönköpings län. Personalen uppfattar också att verksamheten generellt sett fungerar bättre på landstingsnivå än på kommunal nivå.

Att svaren från personalen och statistik från Riksstroke sammanfaller med skillnaderna i styrning innebär dock inte att det finns något kausalt samband mellan styrning och kvalitet. Detta har tillsynen fått hantera på annat sätt. Det är framförallt genom de dialoger som vi har haft och genom de underlag som vi har granskat som vi har kunna tydliggöra de politiska beslutens väg genom organisationen i form av olika styrkedjor. Exempelvis har den politiska nivåns beslut om omorganisationer och förändring av vårdplatser fått effekter för patientens direktinläggning på strokeenhet och den rehabilitering patienten kan få inom slutenvården. Den politiska nivåns beslut om att inte ha mål för patienter med stroke har fått effekter för vilken typ av (anpassad) rehabilitering som kommunerna erbjuder.

Utifrån de styrkedjor vi har kunnat iaktta i tillsynen har vi formulerat ett antal riskområden, se tabell 2 nedan. Det är alltså områden där vi tydligt har kunnat se att den politiska styrningen har betydelse och där styrningen även kan medföra risker för patienten. Dessa kommer vi att presentera närmare i följande avsnitt.

**Tabell 2. Exempel från tillsynen på olika riskfaktorer.** Riskfaktorerna påverkas av hur man styr från politisk nivå. Riskfaktorerna påverkar i sin tur kvaliteten i patienternas vård.

RISKOMRÅDEN	RISKFAKTORER		
Vårdens och omsorgens kvalitet	Direktinläggning sker inte på strokeenhet	Neddragning av vårdplatser för patienter med stroke	Underdimensionerad kommunal verksamhet
Ändamålsenlig vård och omsorg	Det finns inte beskrivet hur personalen ska arbeta med patienter med stroke	Uppdrag och ansvar är inte tydligt för personalen	Kommunens insatser är inte specifikt anpassade för patienter med stroke
Patienten i fokus	Personalen vet inte hur de ska samverka med vårdgrannar	Bristande information om patienten vid vårdövergångar	Utskrivning av patienter till primärvården utan remiss
En vård som ständigt förbättras	Kvaliteten i verksamheten följs inte alltid upp	Uppföljning sker inte utifrån diagnosen stroke	Resultaten från kvalitetsuppföljningar används inte
Jämlig vård	Resurserna fördelas olika mellan olika verksamheter	Kommunens strokevård hanteras inom äldreomsorgen	Verksamheterna påverkas av anhörigas medverkan snarare än patientens behov

Källa: IVO:s tillsyn.

## Skiftande kvalitet på vården och omsorgen

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet. *5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).*

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. *3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453).*

Den politiska ledningen har själva fått uppge vilken kvalitet de bedömer att strokevården har. I Region Jönköpings län bedömer ledningen att man i länet har en överlag god strokesjukvård jämfört med riket i övrigt. Organisatoriska förändringar under 2016 medförde dock att andelen direktinläggningar till strokeenhet minskade, men enligt ledningen håller resultaten nu på att förbättras. Det ska förtydligas att samtliga tre sjukhus i länet genomgick organisatoriska förändringar av geriatriska kliniken och medicinkliniken under början av 2016.



I Landstinget i Kalmar län uppger den politiska ledningen att kvaliteten i strokevården har förbättrats med stöd av de satsningar man har gjort. De nämner även att sjukhusen i Västervik och Oskarshamn har fått utmärkelser<sup>13</sup> för goda resultat.

I många kommuner uppger den politiska ledningen i sina enkätsvar att de anser att kvaliteten på strokevården är god och att den uppfyller deras förväntningar, även utan politiskt fattade mål. Men det är också några som säger att det är svårt att uttala sig om kvaliteten i strokevården eftersom verksamheten inte följs upp efter diagnos. En kommun i Jönköpings län beskriver att de tycker att strokevården är ett eftersatt område som inte är prioriterat i den kommunala verksamheten.

### Personalen skattar kvaliteten olika mellan länen

Kvaliteten på den strokevård som patienterna får, skattas högre av personalen i Kalmar län än i Jönköpings län. Detta gäller på både landstingsnivå och kommunal nivå. Och det gäller både den strokevård som ges i den egna verksamheten, se diagram 6 nedan, och den strokevård som ges i länet i stort. I specialistsjukvården och i primärvården (offentlig regi) är det nästan 20 procent av de svarande i Jönköpings län som upplever att kvaliteten i den egna verksamheten är låg eller mycket låg. Motsvarande siffra i Kalmar är 5 procent.

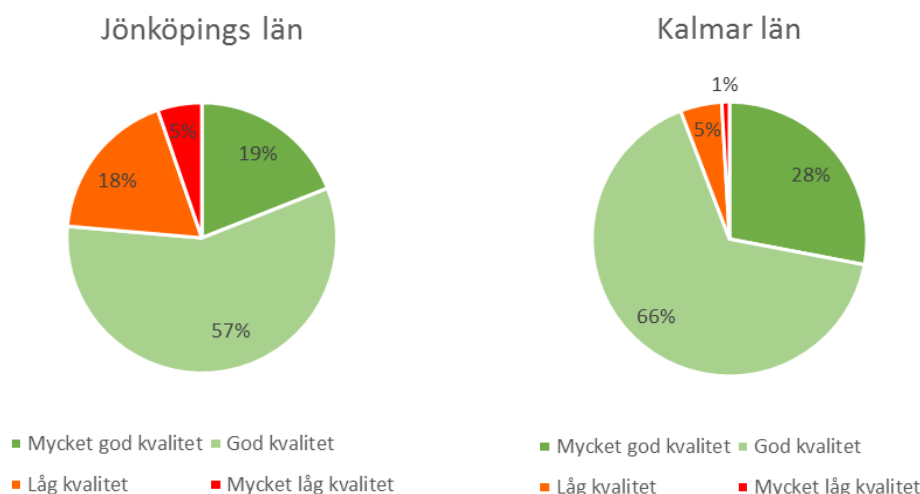
I dialogen med specialistsjukvården i Kalmar berättar man exempelvis att utvecklingen har gått snabbt framåt de senaste åren, i riktning mot en mer patientcentrerad vård. Representanter från chefsnivån berättar att det finns en läkare som är ansvarig för strokeprocessen och som har arbetat mycket med riktlinjer och en plattform där dessa riktlinjer finns. Nu är arbetet inriktat på följsamhet till riktlinjer och att vården har god kvalitet.

Personalens uppfattning om kvaliteten stämmer också överens med den kvalitet som kan mätas via exempelvis Riksstrokes indikatorer för 2016, vilka presenterades i tabell 1 i avsnittet *Vården utvecklas olika över tid*. Statistiken visar att Kalmar har ett bättre resultat än Jönköping för flera av mätvärdena, även för den indikator som är självskattad av patienten och som fångar upp hela strokevårdskedjan.

---

<sup>13</sup> Den politiska ledningen uppger att Dagens Medicin har rankat Västerviks och Oskarshamns sjukhus som bäst i sina respektive klasser. Oskarshamns sjukhus uppvisar bra resultat inom strokesjukvård och har belönats flera gånger – både 2012 och 2015 utsågs man till årets strokeenhet av kvalitetsregistret Riksstroke. Sjukhuset har även fått hedersomnämningen för "god strokevård" 2010, 2011 och 2013.

**Diagram 6. Personalens svar på frågan "Vilken kvalitet anser du att strokevården har i er verksamhet?".**  
Svarande verksamheter: all verksamhet.



Källa: Enkätundersökning, IVO

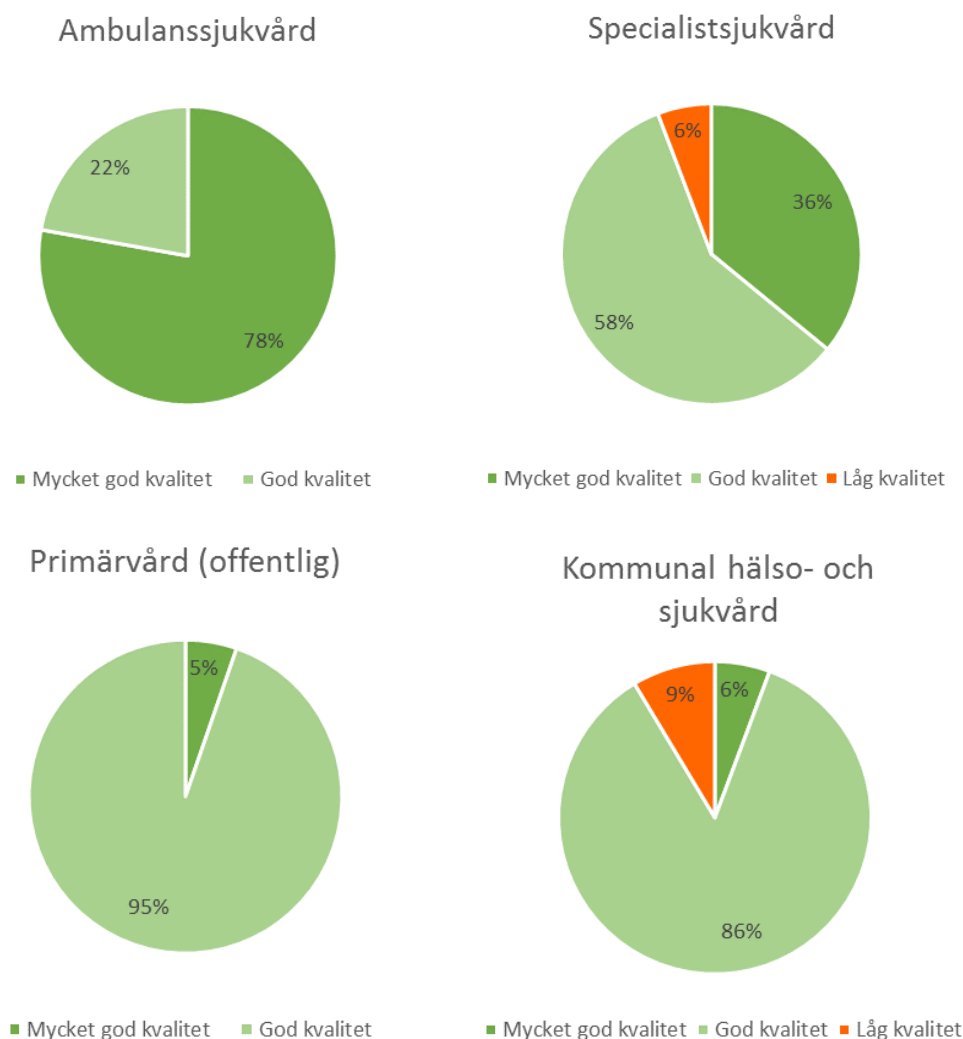
Det ska dock noteras att det finns variationer mellan olika sjukhus i Jönköpings län. Det är framför allt personal på Länssjukhuset Ryhov som skattar strokevårdens kvalitet lägre. Sjukhusen i Värnamo och Eksjö har däremot inte ett sämre resultat än vad sjukhusen i Landstinget i Kalmar län har. Exkluderas specialistsjukvården från diagrammet ovan kvarstår dock skillnaden mellan länen.

Länssjukhuset Ryhavs lägre skattning av kvaliteten överensstämmer även med sjukhusets resultat för vissa av Riksstrokes indikatorer för 2016, exempelvis vad gäller direktinläggning på strokeenhet, tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke och andelen patienter som deltog i Riksstrokes uppföljning tre månader efter stroke. Vad gäller direktinläggning på strokeenhet har ledningen i Jönköping uppgett att organisatoriska förändringar medförde att direktinläggningen på strokeenhet minskade. Detta har sannolikt påverkat även andra mätvärden, eftersom andelen patienter som då vårdas på annan enhet än strokeenhet är högre (tiden för trombolys har dock kortats – den så kallade "Door-To-Needle-tiden"). Vi återkommer till det här i avsnittet nedan om *Exemplet med direktinläggning på strokeenhet*.

### Kvaliteten skattas högre i början av strokevårdskedjan

Kvaliteten upplevs högre av de som arbetar i början av strokevårdskedjan – det vill säga ambulanssjukvården och specialistsjukvården – än i slutet. I Kalmar län kan vi i diagram 7 se att det inom ambulanssjukvården är drygt 45 procent av de svarande som tycker att kvaliteten i den egna verksamheten är mycket god. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är motsvarande siffra bara 5 procent.

**Diagram 7. Personalens svar på frågan "Vilken kvalitet anser du att strokevården har i er verksamhet?".** Resultaten avser ett urval av verksamheter i Kalmar län.



Källa: Enkätundersökning, IVO

Vården i början av strokevårdskedjan är standardiserad och specialiserad, medan vården i slutet av vårdkedjan inrymmer större variation. I kombination med en styrning som inte utgår från diagnos och sjukdomstillstånd, och en generell lägre kännedom och efterlevnad av de nationella riktlinjerna, påverkas sannolikt möjligheten att uppnå god kvalitet i strokevården. Primärvården och den kommunala verksamheten är också i hög grad beroende av att samverkan med andra huvudmän fungerar. Men då samverkan ofta brister påverkar det också verksamhetens kvalitet (läs mer om samverkan i avsnittet nedan: *Ingen tar helhetsansvar för patientens väg genom vårdkedjan*).

### Kommunerna har sämre förutsättningar för att ge bra strokevård

Under de dialogmöten som IVO genomförde vid tillsynen framförde personalen att strokevårdens kvalitet ofta blir lidande på grund av att övergången mellan

specialistsjukvården och den kommunala verksamheten inte fungerar optimalt, särskilt vad gäller patienter med tidig utskrivning.

Det finns gott vetenskapligt stöd för goda effekter av tidig utskrivning från sjukhus kombinerad med rehabilitering i hemmet med hjälp av personal med särskild strokekompetens.<sup>14</sup> Specialistsjukvården kan alltså skriva ut en patient med milda eller måttliga symtom från sjukhus tidigare, under förutsättning att patienten får rehabilitering i hemmet av ett multidisciplinärt team, som har kunskap om strokesjukvård. Ett multidisciplinärt team ska enligt de nationella riktlinjerna innefatta läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped samt ha tillgång till dietist och psykolog eller psykiater.

Flera sjukhus saknar dock multidisciplinära stroketeam<sup>15</sup> som kan koordinera patientens rehabilitering efter utskrivning, men de skriver ändå ut patienten tidigt. Då hänvisas patienten till kommunen, som saknar sådana stroketeam. Det innebär, enligt vad personalen berättar, att kommunerna varken har kompetens eller resurser för att ge den vård och omsorg som patienten behöver och har förväntningar på. Samtidigt som löftena om fortsatt rehabilitering från specialistsjukvården ibland är generösa. Att kommunerna har dåliga förutsättningar att ta emot patienter uppger även personal inom specialistsjukvården i dialogen med IVO.

Vidare berättar kommunerna att det saknas vård- och omsorgspersonal med specialistkompetens och att tillgången till bland annat logoped och psykologer är begränsad. I en kommuns patientsäkerhetsberättelse beskriver man hur hälso- och sjukvårdspersonal ibland får dra tillbaka delegeringar för att kompetensen hos omvårdnadspersonalen sviktar. I en annan kommuns verksamhetsberättelse beskrivs de begränsade möjligheterna till att ge specifik rehabilitering i hemmet. I en tredje kommun ger man uttryck för att verksamheten inte är dimensionerad för att i tillräcklig utsträckning arbeta som olika nationella vårdprogram ger evidens för. Detta minskar i slutändan patientens möjlighet att få rätt stöd och hjälp för att kunna komma tillbaka till det liv hen levde före sitt insjuknande.

### Sjukhusens neddragning av vårdplatser hamnar i knäet på kommunerna

Kommunerna berättar också om hur kvaliteten i strokevården påverkas av att sjukhusen skriver ut patienterna allt för tidigt, både i Jönköpings län och i Kalmar län. Det bekräftas även av kommunernas patientsäkerhets- och verksamhetsberättelser. Även den landstingsanställda personalen berättar om neddragna vårdplatser och dess konsekvenser i form av att patienter inte kan vara kvar så länge som patienten skulle behöva och personalen skulle vilja. En tidigare utskrivning innebär ett ännu högre

---

<sup>14</sup> Riksstroke, 2017a.

<sup>15</sup> I remissversionen av de nya nationella riktlinjerna för stroke skriver Socialstyrelsen följande: Många sjukhus kan i dag inte erbjuda tidig hemgång med rehabilitering som koordineras av ett multidisciplinärt team från strokeenheten. En stor del av den hemrehabilitering som sker i dag är dessutom inte kopplad till ett multidisciplinärt stroketeam. Det finns även stora variationer mellan och inom landstingen och regionerna när det gäller tillgången till strokerehabilitering i slutna vård, som inte kan förklaras utifrån variationen i patienternas behov. Socialstyrelsen, 2017b.

tryck på kommunerna, som inte alltid är förinformerade om, och förberedda, på de förändringar som sker på sjukhusen.

I dialogmötena med Värnamo sjukhus framkom att det har fattats politiska beslut om att det inte ska ske någon inläggande rehabilitering efter det akuta omhändertagandet (beslutet togs i samband med att man minskade antalet vårdplatser). I Värnamo kommun har man samtidigt konstaterat att antalet samverkansavvikelser i samband med hemgång från sjukhuset har ökat under 2016, enligt verksamhetsberättelsen för sektion Vård och rehab. Allt pekar enligt kommunen på att vårdförskjutningen och stängning av vårdplatser är orsaken till ökningen.

Landstingens neddragningar av vårdplatser hamnar alltså i knäet på kommunerna (och primärvården). När sjukhusen kortar vårdtiderna på grund av neddragna vårdplatser finns en uppenbar risk att patienter med de mest uttalade funktionsnedsättningarna – som kräver långa slutenvårdstider för rehabilitering – drabbas extra hårt.

### Exemplet med direktinläggning på strokeenhet

Patientens direktinläggning, som också åskådliggörs i det fiktiva exemplet med Fredrik, kan tjäna som en illustration av hur politiska beslut kan, direkt eller indirekt, påverka kvaliteten för den enskilde patienten.

Det är enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer strokeenheter som ska vårda patienter i akutfasen vid stroke. En strokeenhet är en specialiserad vårdavdelning som ska bestå av ett multidisciplinärt team. En viktig del i denna hantering är möjligheten till omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering av patienten. Det befintliga kunskapsunderlaget styrker att vård på väl fungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende.<sup>16</sup> Det gäller oavsett ålder, kön och hjärnskadans svårighetsgrad.

I diagram 8 nedan ser vi hur utvecklingen har sett ut mellan 2013 och 2016 för de sjukhus som omfattas av vår granskning. Skillnaderna mellan länen och mellan sjukhusen 2016 framträder också tydlig när vi granskar sjukhusens epikriser från början av 2017.

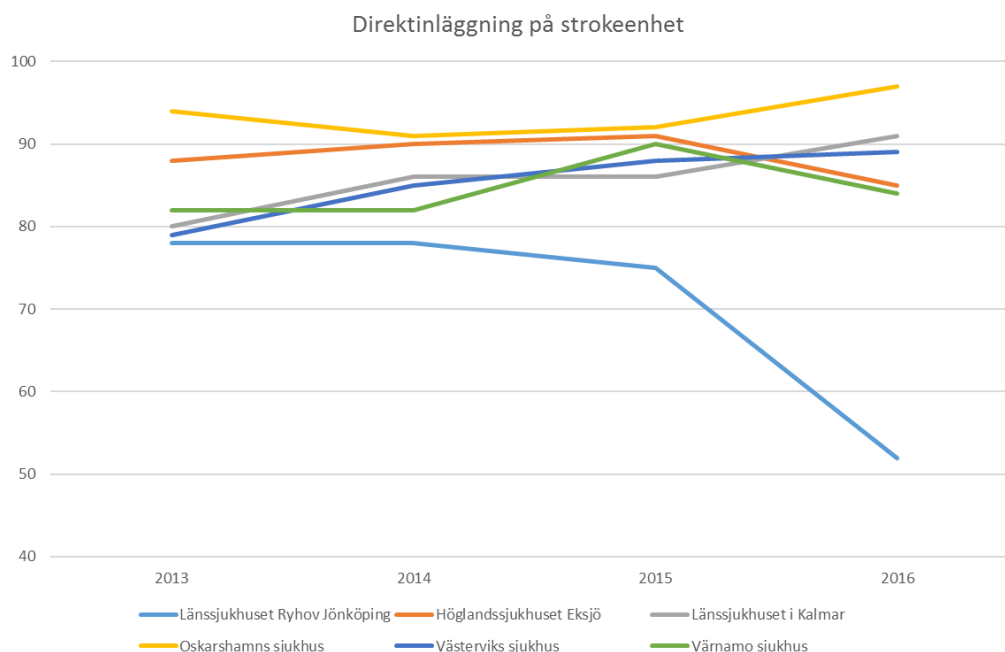
Alla tre sjukhus i Landstinget i Kalmar län har mellan 2015 och 2016 ökat andelen patienter som direkt läggs in på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik vid ankomst. I dialogen med personal från specialistsjukvården i Landstinget i Kalmar län bekräftas denna bild. De berättade att det finns sängar som är vigda åt patienter med stroke och det pratas om ”heliga platser”. I dialogen med patientföreningarna så

---

<sup>16</sup> Socialstyrelsen, 2017a.

uppger strokeföreningen i Kalmar län att de sällan hör att någon vårdas på annan enhet än en strokeenhet.

**Diagram 8. Andel strokepatienter som direkt läggs in på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik vid ankomst till sjukhus.** Sedan 2010 har antalet vårdplatser för akut strokevård minskat med minst 10 procent i landet som helhet (Riksstroke, 2017).



Källa: Vården i siffror, [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se) (Riksstroke).

På de tre sjukhusen i Jönköpings län har andelen patienter som direkt läggs in på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik vid ankomst istället minskat. Även om alla tre sjukhusen har genomgått organisatoriska förändringar som kan påverka resultaten är det framför allt Länssjukhuset Ryhov som skiljer ut sig negativt från övriga sjukhus, och inte bara för 2016. I dialogerna med Länssjukhuset Ryhov berättar man att ambitionen är att patienterna ska hamna på strokeenheten, men då beläggningen hela tiden är hög så händer det att patienterna får vårdas på den medicinska akutvårdsavdelningen. Men de kan även hamna mer utspritt, exempelvis på gynekologiska kliniken, öronkliniken, och så vidare. Detta uppges man kan leda till att bedömningen av patienten blir bristfällig, svalgbedömningar missas, rehabiliteringteamet kopplas in för sent eller inte alls, och så vidare. Av årsrapporten för 2016 från akutkliniken på Länssjukhuset Ryhov bekräftas denna bild. I delårsrapporten från medicinkliniken 2016 framgår att man i samband med de organisatoriska förändringarna även har varit tvungen att köra patienter med akut stroke till Eksjö för bedömning och eventuellt insättande av trombolysbehandling.

Utvecklingen i Jönköpings län har skett samtidigt som den politiska ledningen styr verksamheten utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som säger att patienter med stroke ska vårdas på strokeenhet i den akuta fasen. Detta är kanske en av

anledningarna till att en relativt högre andel av personalen i Region Jönköpings län tycker att de inte arbetar efter de mål och beslut som finns för strokevården i länet? Den politiska ledningen uppger i sitt svar till IVO att det försämrade mätvärdet under 2016, nu håller på att förbättras, något som dock inte styrks av de epikriser som vi har granskat från början av 2017.

## Vården och omsorgen är inte alltid anpassad efter sjukdomsbild

---

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Det innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet. *5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.* Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. *5 kap. 2 § HSL.*

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, vilket inkluderar aspekter som rör bland annat kunskapsbaserad verksamhet. Det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. *3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.* Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. *4 kap 1 § SoL.*

---

För att vården och omsorgen för patienten ska hålla hög kvalitet och ge bästa möjliga effekt är det viktigt att den är anpassad efter den aktuella diagnosen och sjukdomsbilden. Det kan exempelvis handla om att kompetensen hos personalen och arbetssätten måste vara ändamålsenliga utifrån patientens behov.

### Vanligare med arbetsbeskrivningar i början av vårdkedjan

Att ha uppdaterade kunskapsunderlag som används i verksamheten har visat sig vara framgångsrikt (se tidigare avsnitt om framgångsfaktorer inom strokevården). Vi har i enkäten till personalen frågat om det finns beskrivet i verksamheten hur man ska arbeta med patienter med stroke (det vill säga om det finns beskrivet i policydokument, rutiner, riktlinjer eller processbeskrivningar). Av svaren blir det tydligt att sådana beskrivningar är mer vanliga tidigt i vårdkedjan, där vården är mer specialiserad och standardiserad. Inom ambulansverksamheten uppger alla de svarande att det finns beskrivet hur man ska arbeta med patienter med stroke, en bild som också bekräftas i dialogmötena med ambulanssjukvården. Inom specialistsjukvården är det cirka 90 procent som svarat ja, och skillnaden mellan länen är också små.

När vi tittar på primärvården och den kommunala vården och omsorgen så minskar andelen som svarat att det finns beskrivet hur man ska arbeta med patienter med stroke. Anledningarna till att beskrivningarna är färre ju längre ut i vårdkedjan man kommer hänger sannolikt samman med hur primärvården och den kommunala vården och omsorgen är strukturerad och organiserad. Detta framförs även i de dialoger vi har haft med verksamheterna. Att inte styra verksamheten utifrån diagnos

kan i vissa avseenden vara en styrka, men personalen upplever även att det kan medföra att patienten inte får den vård, omsorg och rehabilitering som hen behöver.

Skillnaden mellan länen vad gäller arbetsbeskrivningar kan noteras främst inom primärvården och den kommunala verksamheten. Det är vanligare att det finns beskrivningar av hur man arbetar med patienter med stroke i Kalmar län. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det exempelvis nästan 60 procent i Kalmar län som anger att det finns beskrivet i verksamheten. I Jönköpings län är det cirka 30 procent. Inom hemtjänsten är motsvarande siffror 55 procent för Kalmar och knappt 15 procent för Jönköping.

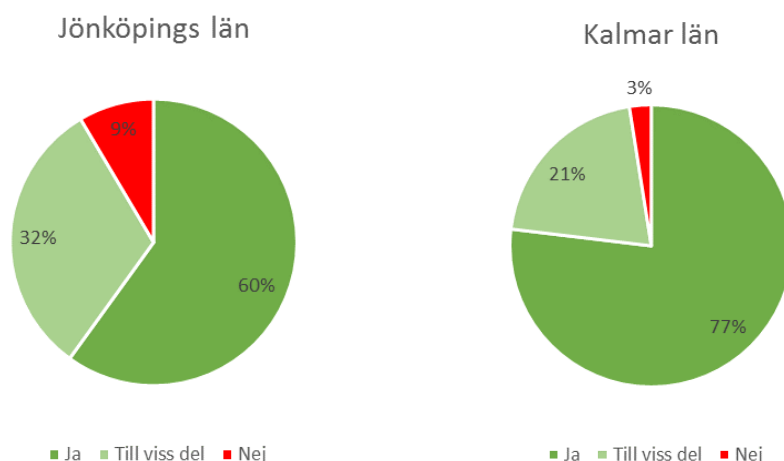
### Uppdrag och ansvar inte alltid tydligt

Personalen har i enkäten från IVO fått redogöra för om de anser att det är tydligt för dem vad de har för uppdrag och ansvar i verksamhetens arbete med patienter med stroke. Tidigt i vårdkedjan, uppfattar personalen i högre utsträckning att deras roll är tydlig. Inom ambulanssjukvården anger exempelvis alla svarande att det är tydligt för dem vad de har för uppdrag och ansvar för med patienter med stroke.

Skillnaden mellan länen framgår av diagram 9 nedan. Personalen i Kalmar län upplever i högre grad att deras uppdrag och ansvar är tydligt i arbetet med patienter med stroke. I ett läge där man har högre kännedom om de politiska målen och nationella riktlinjerna, där man i högre utsträckning arbetar i linje med de politiska målen och nationella riktlinjerna, och där arbetet med stroke i högre grad är beskrivet i verksamheten, är det kanske rimligt att anta att man också upplever att ens uppdrag och ansvar blir tydligare? I dialogerna i Jönköpings län berättar flera av representanterna från primärvården att de upplever att primärvårdens uppdrag är otydligt och att det råder en otydlig ansvarsfördelning och gränsdragning mellan specialistsjukvård, primärvård och kommun.



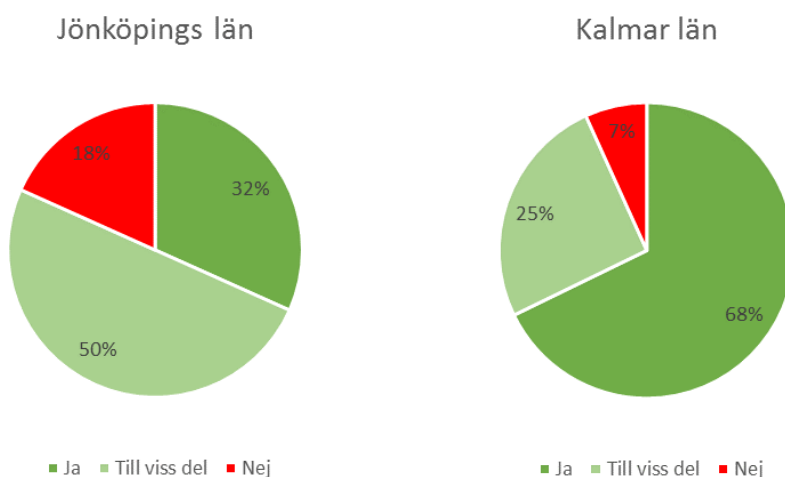
**Diagram 9. Personalens svar på frågan "Är det tydligt för dig vad du har för uppdrag och ansvar i ert arbete med patienter med stroke?"** Svarande verksamheter: all verksamhet.



Källa: Enkätundersökning, IVO

Skillnaden mellan länen är tydligast på kommunal nivå, se diagram 10 nedan. De svarande i kommunerna i Kalmar län tycker att deras uppdrag och ansvar är tydligare än vad man tycker i Jönköpings län. Här kan personalens längre erfarenhet i Kalmar och Jönköpings senare införande av hemsjukvårdsreformen spela in. I kommunernas patientsäkerhets- och verksamhetsberättelser går det också att läsa att vissa kommuner i Jönköpings län anser sig ha behov av att förtydliga roller och uppdrag – ett behov som delvis har uppstått på grund av hemsjukvårdsreformen.

**Diagram 10. Personalens svar på frågan "Är det tydligt för dig vad du har för uppdrag och ansvar i ert arbete med patienter med stroke?"** Svarande verksamheter: kommunal hälso- och sjukvård, hemtjänst, kommunala boenden.



Källa: Enkätundersökning, IVO

## Ingen tar helhetsansvar för patientens väg genom vårdkedjan

---

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård, vilket inkluderar aspekter som exempelvis individanpassning. *5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och 6 kap. patientlagen (2014:821), PL.* I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget och kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. *7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.* När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. *16 kap. 4 § HSL och 6 kap. 4 § PL.*

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, vilket inkluderar aspekter som rör helhetssyn och samordning. *3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.* Socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med andra organisationer och andra föreningar. *3 kap 5 § SoL.* När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. *2 kap 7 § SoL.*

---

Patienter med stroke har ofta behov av flera insatser samtidigt och är därför beroende av att vården och omsorgen mellan olika huvudmän och verksamheter samordnas för att vardagen ska kunna fungera. Det är dock känt sedan tidigare att vården och omsorgen till stor del är organiserad för att möta patienter med mer avgränsade behov, vilket kan inverka negativt på vårdkedjan för patienter med stroke.

I dialogmötena med verksamheterna uttrycker många att uppdelningen av vårdkedjan mellan olika vårdgivare och olika verksamheter med egna ”påsar med pengar” medför att ingen känner ägandeskap över strokevårdsprocessen. Man upplever inte att verksamheten styrs med patienten i fokus och vården riskerar därmed att inte utformas efter patientens bästa. Behovet av att fortsätta utveckla och förbättra samverkan framkommer också i många av de patientsäkerhetsberättelser som vi har tagit del av. För att främja en mer patientcentrerad vård och omsorg är sannolikt styrning, ledning och organisering viktiga förändringsverktyg.<sup>17</sup>

### Patienten hamnar i kläm och faller mellan stolarna

När vård- och omsorgsgivarna inte lyckas med sin samverkan kan det medföra att patienterna faller mellan stolarna, vilket kan leda till en försämrad upplevelse för patienten, men också till en kvalitativt sämre vård och omsorg. Det kan också leda till högre kostnader på grund av att effektiviteten blir lidande.

En grupp patienter som återkommande nämns i dialogerna är de med enbart kognitiva besvär. Dessa patienter riskerar att skrivas ut utan att specialistsjukvården har identifierat behov av exempelvis rehabilitering – behov som sedan uppenbarar

---

<sup>17</sup> IVO, 2016.

sig vid hemkomst. Patienterna nås i dessa fall inte av någon insats från kommunen och har inte alltid heller fått en remiss för uppföljning till vårdcentralen (epikriserna visar att ungefär hälften av patienterna i båda länen skrivs hem utan insatser från kommunen). Strokeföreningen i Kalmar berättar att dessa patienter många gånger upplever att de blir borttappade i samband med att de skrivs ut. Efter att patienten har lämnats över till primärvården är det ibland på patientens eget initiativ att söka vård och patienten får själv ta reda på vilka möjligheter och rättigheter hen har, ofta med hjälp av anhöriga. I dialogerna med den kommunala verksamheten uppger man också att patienter med enbart kognitiva problem faller mellan stolarna och att personer med enbart kognitiva funktionsnedsättningar är ett mörkertal.

En patientsäkerhetsrisk som nämns i samband med samverkan är att överföringen av patientinformation ofta brister i vårdövergångarna och att patienten då kan bli den huvudsakliga informationsbäraren. I samband med utskrivning kan det saknas väsentlig dokumentation, som exempelvis rehabiliteringsplaner. Saknar kommunen dokumentation från specialistsjukvården kan det bidra till att verksamheten får sämre förutsättningar att tillgodose patientens behov. De olika datajournalssystem som landstinget och kommunen har nämns som en försvårande omständighet när det kommer till möjligheten att samverka. Att inte ha samma datajournalssystem medför exempelvis att primärvården inte har insyn i kommunens journal och tvärtom. Man kan inte dela samma information om den patient som båda har hand om. Det gör det också svårare för primärvården att ha översikt över vilka av deras patienter som även kommunen hjälper. Det finns dock positiva erfarenheter av de olika kommunikationsverktyg som har införts mellan vårdnivåerna.

Här följer fler exempel på vad som har framkommit i dialogmötena:

- ⊗ Förändringar inom specialistsjukvården meddelas inte alltid kommunerna, exempelvis neddragningar av vårdplatser eller andra omorganisationer. Det innebär att kommunerna inte är förberedda och får sämre möjligheter att dimensionera verksamheten utifrån patienternas behov.
- ⊗ I samband med specialistsjukvårdens och primärvårdens uppföljning av patienten tillfrågas inte alltid kommunen om hur det har gått för patienterna. Om kommunernas kunskap om patienten inte efterfrågas från sjukvården, kan det missgynna patienten.
- ⊗ Det är numera många aktörer inom primärvården och en patient kan lista sig på vilken vårdcentral den vill. Det gör det svårare för kommunen och specialistsjukvården att finna representanter vid samarbete.

Men det finns även goda exempel på när samverkan fungerar och patientens behov sätts i fokus. I verksamhetsberättelsen från medicinkliniken på Oskarshamns sjukhus framgår att de har infört en ”strokeskola”. Dit kallas alla patienter med stroke för att få information om strokerehabiliteringen. Vid fyra tillfällen träffar patienterna läkare, sjukgymnast, logoped, dietiskt, biståndshandläggare och representant från strokeföreningen.

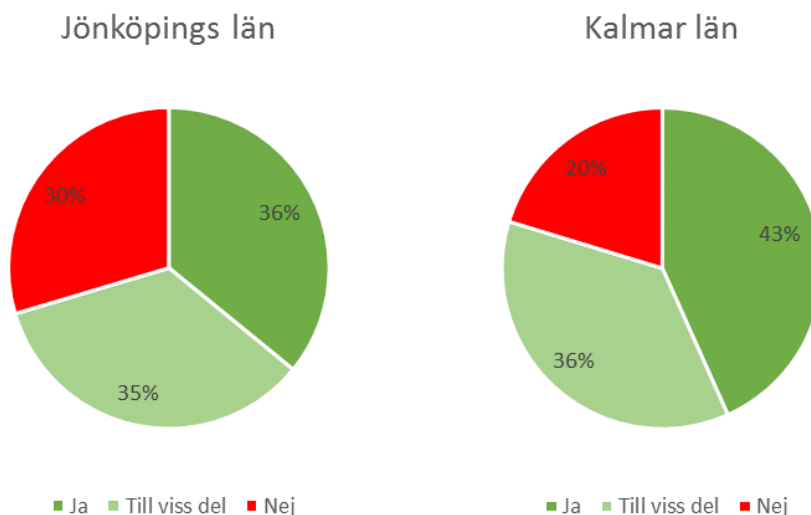
## Samverkan med vårdgrannar är inte alltid beskriven

I enkätsvaren från personalen framgår det att det inte alltid är beskrivet i verksamheterna hur man ska samverka med vårdgrannar (externa aktörer) när det gäller patienter med stroke. Detta trots de samverkansavtal<sup>18</sup> som har tagits fram mellan landsting och kommun och de samverkansforum och samverkansformer som har följt av det (och andra initiativ). Andelen som uppger att samverkan finns beskrivet i verksamheten uppgår i båda länen till cirka 40 procent. De som inte vet om samverkan finns beskrivet i verksamheten uppgår till cirka 50 procent. Primärvården sticker ut negativt i underlaget. Där är det 35 procent som uppger att samverkan finns beskrivet. Inom den offentligt finansierade primärvården är denna andel ännu lägre, närmare bestämt under 30 procent.

## Det är ibland otydligt för personalen hur de ska samverka

När personalen tillfrågas om det är tydligt för dem hur de ska samverka med vårdgrannar i sitt arbete med patienter med stroke så blir skillnaden mellan länen tydligare. I diagram 11 nedan kan vi se att en relativt högre andel av de svarande i Kalmar län anser att det är tydligt hur de ska samverka med vårdgrannar. Från tidigare avsnitt vet vi att det även är tydligare för personalen i Kalmar län vad de har för uppdrag och ansvar i verksamhetens arbete med patienter med stroke. Det påverkar sannolikt hur de upplever tydligheten i samverkan.

**Diagram 11. Personalens svar på frågan "Är det tydligt för dig hur du ska samverka med vårdgrannar (externa aktörer) i ert arbete med patienter med stroke?". Svarande verksamheter: all verksamhet.**



Källa: Enkätundersökning, IVO

<sup>18</sup> | Kalmar län anger landstingsledningen i sitt enkätsvar till IVO att man i september 2013 tillsammans med kommunerna antog en ny struktur och modell för samverkan och gemensam ledning och styrning i länet. I Region Jönköpings län anger landstingsledningen att regionen och kommunerna sedan 2014 arbetar efter ett gemensamt ledningssystem. Syftet med den formaliserade samverkan är bland annat att bygga gemensamma processer där man kan dra nytta av att fler agerar på samma sätt. Det ska bidra till en mer sammanhållen vård och omsorg som utgår från invånarens behov.

Tydligheten kring samverkan kan även påverkas av andra faktorer, som att en större andel av personalen i Kalmar län har arbetat länge i verksamheten (dvs. mer än tio år) och därmed har upparbetad kunskap om och erfarenhet av hur de ska samverka.

Samordnad individuell plan (SIP) kan vara ett verktyg för att få till stånd samverkan kring patienten. Användandet av SIP vet vi, sedan tidigare tillsyner, skiljer sig åt mellan olika vårdgivare och aktörer och arbetssättet inrymmer ofta en del förbättringspotential. I både Jönköpings län och i Kalmar län finns riktlinjer framtagna för hur SIP ska tillämpas av landstinget och kommunerna. Men i Jönköpings läns gemensamma strategi- och handlingsplan för äldre från 2015 beskriver man att SIP-arbetet inte har kommit igång i större utsträckning i länet. Intressant att notera är också att det i dialogerna med Värnamo sjukhus berättades att SIP sällan används. Det framkom vidare att personalen har fått signaler från ledningen om att de inte ska arbeta med SIP. Det ska dock poängteras att i patientsäkerhetsberättelsen för Region Jönköpings län för 2016 så framgår det att det pågår ett arbete med SIP för att kunna ge en välplanerad och sammanhållen vård i såväl öppenvård som slutenvård. Detta är positivt, inte minst utifrån den nya lagstiftning som träder i kraft kring årsskiftet och som innebär nya krav på samordning inför utskrivning.

Vårdgivarna har även möjlighet att samverka med strokeföreningarna. I dialogen med dessa så berättar föreningen i Kalmar län att de träffar landstinget en gång per år och att de får möjlighet att diskutera olika frågeställningar som är av vikt för deras medlemmar. Detta bekräftas även i dialogen med representanter från specialistsjukvården i Kalmar län. Patientföreningen upplever att landstinget är öppna för dialog och att de lyssnar på deras synpunkter. I Jönköping uppger patientföreningen att de får väldigt lite information från regionen och de känner sig förbisedda av både regionen och kommunen.

## Viktigt att ha koll på kvaliteten och hur den utvecklas

---

Inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. *5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).*

Kvaliteten i socialtjänstens verksamhet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. *3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453).*

---

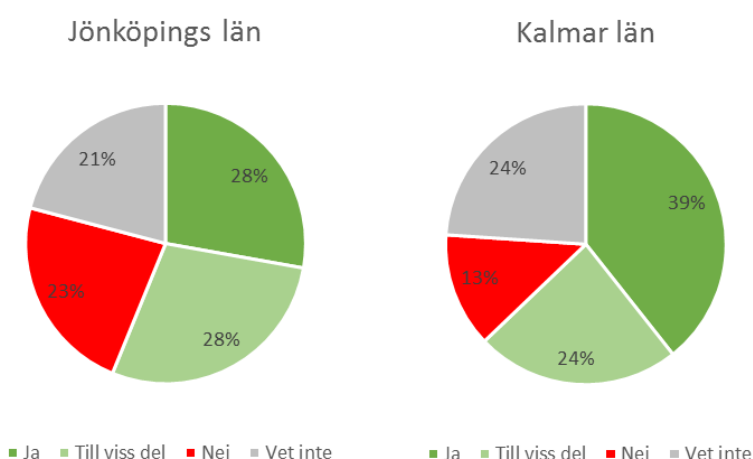
För att vården för patienten ska utvecklas och bli bättre, är det nödvändigt att vårdgivarna har koll på vilken kvalitet verksamheterna håller och att resultatet från kvalitetsuppföljningarna används vid verksamhetsutveckling. Det är också nödvändigt utifrån att ansvariga politiker och tjänstepersoner ska kunna styra mot uppställda mål.

Tillsynen visar att kvaliteten följs upp i större utsträckning i Kalmar län och att resultaten från kvalitetsuppföljningarna i större utsträckning används i verksamheten, se diagram 12 och 13 nedan. Detta sammanfaller med den högre skattningen av kvaliteten i Kalmar och den positiva utvecklingen vi kan se via Riksstrokes indikatorer. Tidigare studier har visat att det är framgångsrikt att arbeta med levande och verksamhetsnära strukturer för förbättringsarbete och ha en uppföljning och återkoppling med ansvarskultur (se tidigare avsnitt om framgångsfaktorer inom strokevården).

I enkätsvaret från den politiska landstingsledningen i Kalmar län framgår det att uppföljningen av de politiska målen sker bland annat via vården i siffror, styrkort och nyckeltal, men också genom dialog med berörda förvaltningar där det finns möjlighet att få återkoppling kring strokevården i sin helhet. Landstingsstyrelsen är det forum där förvaltningarna ger återkoppling som rör de politiska målen. Mellan landstingsstyrelsens möten återkopplar förvaltningen kontinuerligt med berörda kliniker och verksamhetschefer samt motsvarande verksamhetschefer inom primärvården. De angav också att det också sker uppföljningar, analyser och gemensamma ansatser för att förbättra strokevården inom ramen för den sydöstra sjukvårdsregionen. I svaret från den politiska ledningen i Region Jönköpings län framgår det att strokevården följs upp via vården i siffror och öppna jämförelser och de samlade resultaten presenteras en gång per år i berörd nämnd och fullmäktige.

Resultatet från personalenkäten, som illustreras i diagram 12 nedan, indikerar att kvaliteten i den vård som ges till patienter med stroke följs upp i högre utsträckning i Kalmar län än i Jönköpings län, och detta gäller i princip alla vårdnivåer. Uppföljningen verkar vara mest utbredd inom specialistsjukvården, vilket sannolikt reflekterar verksamheternas organisering (i detta fall specialisering).

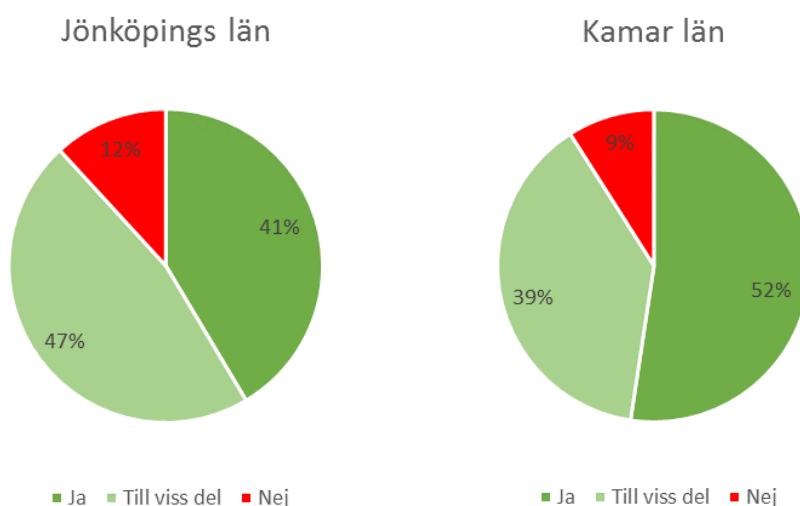
**Diagram 12. Personalens svar på frågan ”Följer ni i er verksamhet regelbundet upp kvaliteten i den vård ni ger era patienter med stroke?”. Svarande verksamheter: all verksamhet.**



Källa: Enkätundersökning, IVO

Det är nödvändigt att kvaliteten inom vården följs upp. Men kanske än mer avgörande, för patientens del, är att resultatet av kvalitetsuppföljningarna också används för att utveckla och förbättra strokevården. Tillsynen visar att resultaten från kvalitetsuppföljningarna i större utsträckning används i verksamheten i Kalmar län än i Jönköpings län, se diagram 13 nedan.

**Diagram 13. Personalens svar på frågan "Används resultatet av kvalitetsuppföljningen i verksamheten".**  
Svarande verksamheter: all verksamhet.



Källa: Enkätundersökning, IVO

Skillnaden mellan länen i hur resultaten används är framför allt tydlig inom specialistsjukvården, där 62 procent av de svarande i Landstinget i Kalmar län anser att resultatet används i verksamheten medan motsvarande andel i Region Jönköpings län är knappt 50 procent. Det lägre resultatet i Jönköping påverkas framför allt av att det på Länssjukhuset Ryhov bara är 25 procent av de svarande som anger att resultatet används i verksamheten.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är skillnaden mellan länen däremot marginell. Att det inte finns någon större skillnad på kommunal nivå stöds även av de data som går att få fram från Socialstyrelsens öppna jämförelser om huruvida man har använt resultaten av uppföljningen för att utveckla verksamheten i särskilda boenden för äldre.

## Strokevården anses inte vara jämlik

---

Kommuner och landsting ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. 2 kap. 2 § kommunallagen (1991:900).

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket inkluderar kriterier som rör jämlik hälso- och sjukvård. 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. 3 kap. 1 § HSL och 1 kap 6 § patientlagen (2014:821).

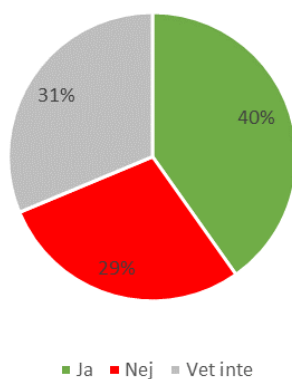
Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453).

---

Många upplever att strokevården inte är jämlik, det vill säga, att inte alla patienter har samma möjligheter att få vård och omsorg och att inte alla blir likvärdigt behandlade. Det framkommer av den enkät som vi skickade ut till verksamheterna, se diagram 14. Resultatet är liknande oavsett vårdnivå.

**Diagram 14. Personalens svar på frågan ”Upplever du att alla patienter med stroke i länet får jämlik vård? Det vill säga, att alla patienter har samma möjligheter att få vård och att alla blir likvärdigt behandlade”.** Svarande verksamheter: all verksamhet.

Kalmar och Jönköping



Källa: Enkätundersökning, IVO

Liksom för tidigare områden är det en högre andel av personalen i Jönköpings län som upplever att vården inte är jämlik, cirka 35 procent jämfört med Kalmars 21 procent.

### Geografisk plats är avgörande för vilken vård patienten får

De svarande som upplevde att vården i länet inte var jämlik fick också ange de orsaker de såg till varför det är så. Nästan hälften av de svarande uppger att geografi är en sådan faktor som är avgörande för vilken vård som patienten får. Att geografi

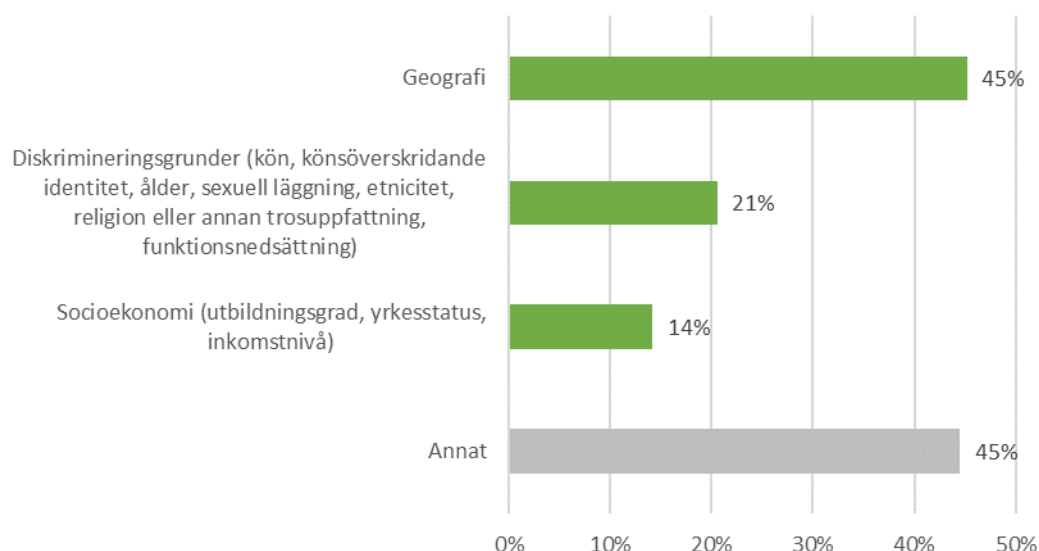


påverkar vilken vård patienten får framkommer även i andra studier, så som Vårdanalys studie av primärvården.<sup>19</sup>

I dialogen med strokeföreningarna berättar företrädarna om att strokevården är olika beroende på vilket sjukhus, vilken vårdcentral och vilken kommun du får vård och insatser genom. Företrädare från kommunen uppger i sina samtal med IVO att det exempelvis är en fördel att bo i stan. Bor du utanför stan kan det vara svårare att ta del av rehabiliteringsinsatser, särskilt då sådana inte går att få i hemmet. I stan har du bättre möjligheter att åka kollektivt, utanför stan är behovet av bil större.

I dialogen med ambulanssjukvården framträder också de geografiska aspekterna tydligt – bor du på landsbygden kan det ta längre tid för ambulansen att komma fram, vilket också kan påverka möjligheten att exempelvis få rätt behandling i rätt tid. Möjligheten att få exempelvis trombolys kan också påverkas av vilka resurser och kompetens som finns på det aktuella sjukhuset och vilka timmar på dygnet. Och så vidare.

**Diagram 15. Personalens svar på frågan ” På vilken grund / på vilka grunder upplever du att strokevården skiljer sig åt i länet?”. Svarande verksamheter: all verksamhet.**

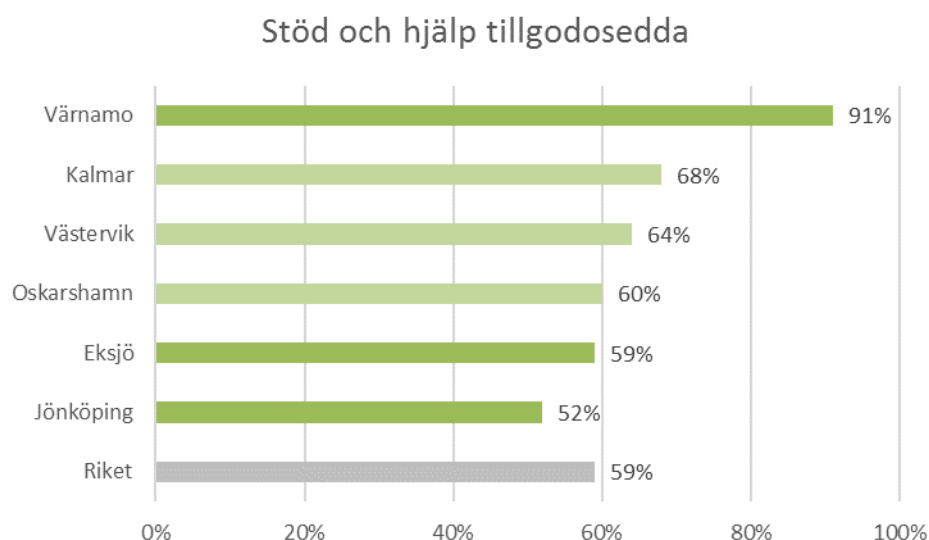


Källa: Enkätundersökning, IVO

Att vården skiljer sig åt beroende på var du befinner dig går också att utläsa av den statistik som finns tillgänglig om strokevården. När patienterna själva tillfrågas framkommer nedanstående bild, se diagram 16. Av den framgår också att variationerna inom länet är större i Jönköpings län, vilket överensstämmer med enkätsvaren.

<sup>19</sup> Vårdanalys, 2017.

**Diagram 16. Andelen patienter som tre månader efter insjuknandet uppgav sig ha fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen helt tillgodosedda, redovisat per sjukhus, 2016.**



Källa: Riksstroke 2017a.

I personalenkäten är det en stor andel av de svarande som uppgett ”Annat” som orsak till att vården inte är jämlik. Vad som ligger i detta alternativ är dock svårt att veta. Kanske beror det på mer individbaserade faktorer som är relaterade till personalen, snarare än patienten? Om personalen exempelvis saknar specialistkunskap om rehabilitering så kan det leda till att patienten får sämre förutsättningar till att komma tillbaka till det liv hen levde före sitt insjuknande. Det kan också syfta på det som har kommit fram i dialogen med verksamheterna och strokeföreningarna, det vill säga att den vård du får kan vara beroende av i vilken utsträckning du har anhöriga som kan hjälpa dig eller inte. Det har exemplifierats i den fiktiva vårdkedja som finns i början på detta kapitel. I dialogerna har det även framkommit berättelser om att personer på boenden har lägre prioritet än personer som vårdas i hemmet. Det berättas även om att personer, som inte får plats på korttidsboende och hamnar på vanligt boende, får sämre tillgång till rehabiliteringsinsatser.

Diskrimineringsgrunderna innehåller orsaker som är kopplade till ålder, vilket är något som många också har framfört i dialogerna som orsak till att vården inte är jämlik. Dels att äldre patienter i regel får färre insatser än yngre (eller till och med inga alls), men också att yngre patienter riskerar att falla mellan stolarna i den kommunala strokeverksamheten, som man upplever i huvudsakligen bedrivs inom ramen för äldreomsorgen (en femtedel av de som drabbas av stroke är under 65 år). Någon framförde i dialogerna att det kanske inte alltid är så att man tänker på att en yngre person kan ha annorlunda behov av vård och rehabilitering än en äldre person.

## Resursfördelning, styrning och ledning anses orsaka skillnader

De orsaker som personalen har uppgett till varför vården inte är jämlik listas nedan. Det svarsalternativ som skiljer sig mest åt mellan länen är ”styrning och ledning”, vilket man i Jönköpings län upplever är en mer avgörande faktor än i Kalmar.

**Tabell 3. Personalens svar på frågan: ”Vilken faktor / vilka faktorer anser du är anledningen till att strokevården i länet inte är jämlik?”** Svarande verksamheter: all verksamhet.

	JÖNKÖPING (%)	KALMAR (%)
Resurser	82	76
Styrning och ledning	59	42
Kompetens	34	40
Kultur	3	6
Annat	11	18
Vet inte	1	2

Källa: Enkätundersökning, IVO.

Den politiska ledningen i Region Jönköpings län anger i sitt enkätsvar att man kan följa om vården är jämlik för invånarna i länet utifrån att resultaten för strokevården följs upp per verksamhetsområde och sjukhus. Den politiska ledningen i Landstinget i Kalmar län anger i sitt enkätsvar att förvaltningarna har i uppdrag att möta invånare (jämlikt) oavsett var i länet de bor – det är den enskilde patientens behov som styr. Man medger dock att uppföljningar av om vården bedrivs jämlikt ur ett geografiskt och ett socioekonomiskt perspektiv kan vara svåra att göra, på grund av bristande underlag. Enligt svaren från tjänstemannanivån görs dock en del arbete, inte minst genom jämförelser och kvalitetsdialog mellan länets tre sjukhus.

### Exemplet med uppföljning efter insjuknandet

Efter utskrivning ska patienten följas upp av sjukvården för att hen ska kunna få det stöd och den vård som behövs för att kunna komma tillbaka till ett så normalt liv som möjligt.<sup>20</sup> Uppföljningen är också viktig för att förhindra återinsjuknande. Beroende på var den görs kan kvaliteten påverkas och få konsekvenser för patienten. Utan rätt kompetens, från olika professioner, kan olika behov förbises, som exempelvis rehabiliteringsbehov.

Om patienten följs upp inom specialistsjukvården (vanligtvis på sjukhus) innebär det ofta att hen träffar personal med specialistkompetens inom stroke. Följs patienten upp inom primärvården går remissen oftast till den ansvarige läkaren, som i regel är specialist inom allmänmedicin. Inom primärvården möter också patienten i första hand läkaren i samband med uppföljningen och inte ett multidisciplinärt team – i dialogerna med vårdcentralen berättade många om den teambaserade uppföljning som tidigare fanns men som nu har fasats ut allt mer. Läkaren kan även, enligt vad

---

<sup>20</sup> 5 kap 1 §, punkt 2 HSL.

som framkom i dialogerna, vara tillfälligt inhyrd, vilket kan innebära att denne har bristfällig kunskap om verksamhetens arbetssätt och gällande riktlinjer. Kännedomen om de nationella riktlinjerna är enligt enkätsvaren också generellt sett lägre inom primärvården än inom specialistsjukvården. Beroende på var (och hur) uppföljningen görs riskerar således den fortsatta vården och rehabiliteringen patienten får att påverkas och att bli olika.

Patienten följs upp på olika sätt både inom länen och mellan länen. Det blir tydligt då vi studerar epikriserna från de olika sjukhusen. I Region Jönköpings län ser vi exempelvis att det är vanligare att patienter från Länssjukhuset Ryhov följs upp inom primärvården, än vad det är för övriga sjukhus i länet. Vi ser också att uppföljningen i Jönköpings län oftast sker efter ett par månader. I epikriserna från Landstinget i Kalmar län framgår att man oftast gör en poliklinisk bedömning inom en månad på sjukhusen av personal med specialistkompetens.

De skillnader som noteras ovan följer av det som är angett i respektive landstings vårdriktlinjer – riktlinjer som i Jönköping fastställts av den medicinska programgruppen, som får sitt uppdrag från landstingsledningen, som lyder under den politiska ledningen. I Kalmar län fastställs de av landstingets sjukvårdsledning. I Jönköpings län anger vårdriktlinjerna att uppföljning i de flesta fall bör ske inom primärvården, lämpligen 2–3 månader efter att patienten insjuknat (teambaserad uppföljning är att föredra). Det finns dock en del lokala tillämpningar<sup>21</sup> i Jönköpings län. I Eksjö och i Värnamo sker tillsvidare uppföljning efter stroke via sjukhusen och i Jönköping sker uppföljningen av stroke i de flesta fall inom primärvården.

I Kalmar län anger vårdriktlinjerna att alla patienter med stroke bör få en poliklinisk uppföljning inom en månad till stroläkare eller team från strokeenheten. Nästa uppföljning är vanligtvis inom primärvården och sker beroende på situationen efter tre till sex månader. När geografiska förhållanden gör det svårt för patienten med transporten till uppföljningen kan det tidiga besöket ske hos läkare på vårdcentral. Enligt Landstinget i Kalmar län har en poliklinisk kontroll inom en månad efter stroke etablerats då det prövats framgångsrikt vid flera strokeenheter och utgör en viktig del av tidig understödd utskrivning. Denna modell för uppföljning rekommenderas starkt (i riktlinjerna) och har så bra resultat att det bör införas som ett obligatoriskt erbjudande.

---

<sup>21</sup> Övriga lokala tillämpningar är: Riktlinjerna anger att uppföljning av TIA alltid ska ske i primärvården. Rehabiliteringsmedicin har ett uppföljningsansvar för patienter under 65 år, som har vårdats på rehabiliteringsmedicinska kliniken. Om man vid återbesök inom primärvård finner särskild komplex problematik får man vid behov remittera patienter under 65 år till rehabiliteringsmedicinska kliniken och patienter över 65 till respektive geriatriska kliniken.

## Bilaga 1 – Metod och tillvägagångssätt

---

Denna rapport är ett resultat av IVO:s regionala tillsyn av strokevården i Jönköpings län och Kalmar län 2017.

### Beskrivning av tillsynen

Syftet med tillsynen har varit att, utifrån skillnader i strokevårdens kvalitet, granska vilka effekter och konsekvenser den politiska styrningen ytterst får för den vård patienterna erbjuds. Granskningen belyser bland annat om de beslut som fattas på politisk nivå åtföljs av uppdrag från tjänstepersonerna och till verksamheterna. Tillsynen belyser även om styrningen gör det möjligt för medborgarna att få jämlik vård.

Det ska förtydligas att vi i denna tillsyn har granskat den politiska styrningen utifrån de mål som sätts, de uppdrag som ges och den uppföljning som tillämpas. Med detta menas dock inte att vi har granskat vad det är politikerna prioriterar eller politikens sakinnehåll; detta är i slutändan en politisk fråga där olika alternativ måste ställas mot varandra. Vi har däremot granskat hur man från den politiska nivån styr och hur tydlig man är i sin styrning – vi har följt beslutens väg från politisk nivå till patient. Vi menar inte att strokevården ska prioriteras, men däremot att det kan ha betydelse för patientens vård hur man från politiskt håll formulerar och följer upp sina mål för strokevården.

Vår granskning omfattar hela strokevårdskedjan, från akut omhändertagande till vård, uppföljning och rehabilitering inom specialistsjukvården, primärvården och den kommunala verksamheten. Granskningen omfattar totalt sex sjukhus, tolv vårdcentraler och åtta kommuner.

Tillsynen har delvis utgått från Kouzes och Micos domänteori som introducerades 1979.<sup>22</sup> Kouzes och Mico menar att sjukvårdssystem är komplexa och svårstyrda och bygger på att olika domäner (nivåer) ser och tolkar verkligheten olika beroende på vilket perspektiv man har. Teorin bygger på tre domäner, den politiska, den administrativa och servicedomänen. Den politiska domänens roll är att formulera organisationens policys och bestämma dess strategi. Förvaltningens uppgift är att implementera välfärdsinsatser, upprätthålla rutiner, regler, rättssäkerhet och likabehandling. Servicedomänens uppgift är att hjälpa utsatta individer och grupper i samhället samt arbeta för bättre levnadsvillkor. Domänen präglas av styrprinciper om autonomi och självreglering.

---

<sup>22</sup> Kouzes, J. M., & Mico, P. R. (1979). Domain Theory: An Introduction to Organizational Behaviour in Human Service Organizations. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 15: 449-469.

## Delmoment 1 – Inventering

Tillsynen inleddes med en analys av externa och interna källor för att vi skulle kunna välja ut tillsynsobjekt och samla kunskap om strokevården i respektive län. De externa källorna har bestått av bland annat uppgifter från Riksstroke<sup>23</sup> och de interna källorna har bestått av våra egna ärendeslag (klagomål, lex Maria, med flera). Se mer om urvalsprocessen under *Riskbaserad tillsyn* nedan.

## Delmoment 2 – Begäran om upplysningar

Vårdgivarna fick en begäran om upplysningar om styrning av strokevården. Begäran riktade sig till politiker och tjänstepersoner på landstingsnivå och kommunal nivå, se frågorna i bilaga 3. Motsvarande frågor som ställdes till landsting och kommun skickades även till de regionala strokeföreningarna i respektive län.

Vi begärde också in diverse skriftliga underlag, som exempelvis patientsäkerhetsberättelser, verksamhetsberättelser och internrevisionsrapporter.

Läkar- och omvårdnadsepikriser begärdes in från sjukhusen för perioden från 1 januari – 31 mars 2017, för diagnoserna hjärnblödning, hjärninfarkt, TIA och övergående blindhet. Totalt har drygt 150 epikriser från sjukhusen i Landstinget i Kalmar län och knappt 300 epikriser från sjukhusen i Region Jönköpings län gått genom av IVO.

## Delmoment 3 – Enkät till personalen

Vi skickade ut en enkät till personal i alla delar av vårdkedjan (se frågorna i bilaga 4). Frågorna i enkäten var relaterade till de frågor som tidigare hade skickats ut till politiker och tjänstepersoner. De svarande erbjöds enbart fasta svarsalternativ.

Vårdgivarna fick själva skicka in en förteckning över de personer som arbetar inom strokevården (inom ett antal verksamheter som IVO specificerade<sup>24</sup>). Inom ambulanssjukvården och specialistsjukvården gjorde vi sedan ett urval från de e-postlistor som vårdgivaren hade skickat in. Urvalet gjordes för att skapa en balans mellan specialistvård och övrig vård.

Totalt skickades enkäten ut till 1 691 personer, varav 44 stycken inte var kontaktbara (per mail). 580 personer svarade, vilket motsvarar 35 procents svarsfrekvens. Av den återkoppling vi har fått på utskicket vet vi att flera av de som har fått enkäten inte har känt sig berörda av enkäten och av denna anledning inte har svarat.

---

<sup>23</sup> Riksstroke är ett nationellt kvalitetsregister för strokevård främst riktat till hälso- och sjukvårdspersonal samt beslutsfattare inom sjukvården. Riksstroke leds av en styrgrupp, vars uppgift bland annat är att kontinuerligt övervaka registrets kvalitet. Det mesta av Riksstrokes praktiska arbete utförs av ett sekretariat förlagt till Norrlands Universitetssjukhus.

<sup>24</sup> I kommunerna har sådana verksamheter som mer frekvent och i ett tidigt skede möter patienter med stroke valts ut. Exempelvis korttidsboende, hemtjänsteam, hemsjukvårdsteam och rehabboende. Särskilda boenden har därmed inte omfattats av enkätutskicket.

Antalet utskick var något fler i Jönköpings län, men ställt i relation till antalet invånare var utskicken likvärdigt stora. Drygt 320 personer svarade i Jönköping och drygt 250 i Kalmar. De allra flesta svarande arbetar på något av de berörda sjukhusen (drygt 40 procent). Cirka 15 procent av de svarande arbetar inom primärvården och 15 procent inom den kommunala hälso- och sjukvården. Övriga 30 procent av de svarande arbetar inom ambulanssjukvård, övrig landstingsdriven verksamhet, kommunala boenden, hemtjänst, myndighetsutövning eller övrig kommunal verksamhet.

#### Delmoment 4 – Dialogmöten

I varje län genomfördes 12 stycken dialogmöten med cirka 5-7 personer i varje grupp. Till dessa dialoger bjöd vi in personal (inklusive chefer) från de olika verksamheterna: ambulanssjukvård, specialistsjukvård, primärvård och kommunal sjukvård och socialtjänst. Grupperna diskuterade länets strokevård utifrån ett mer övergripande perspektiv med utgångspunkt i följande frågeställningar:

- ⊕ Hur ser förutsättningarna ut för er att kunna bedriva en god strokevård?
- ⊕ Upplever ni att strokevården bedrivs i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer?
- ⊕ Ser ni några patientsäkerhetsrisker i strokevården?

Dialogmöten hölls även med representanter från de regionala strokeföreningarna. Till dem ställde vi nedanstående fråga istället för den första ovan, i övrigt ställde vi samma frågor.

- ⊕ Hur upplever ni kvaliteten på den strokevård som erbjuds?

Alla verksamheter bjöds inte in till dialogmötena på grund av resursmässiga skäl.

#### Delmoment 5 – Analys

Allt material analyserades sedan av myndigheten. Det arbetet utfördes i flera olika steg. Resultatet av analysen har sammanställts i denna rapport.

### Riskbaserad tillsyn

Urvalet av vilka verksamheter vi skulle granska har varit riskbaserat. Urvalet har anpassats för att hela vårdkedjan ska kunna granskas.

Valet av landsting har grundats sig på att det under 2015 inom IVO:s tillsynsregion sydöst för var störst skillnader i vården mellan Jönköpings län och Kalmar län. Genom att vi jämförde två län förväntas granskningen bidra till ökad kunskap om hur styrning kan påverka den vård som faktiskt erbjuds.

Valet av kommuner har gjorts utifrån flera olika parametrar. Vi har velat få en bra spridning av kommuner och har därför granskat exempelvis invånarantal, geografiskt

läge, utbildningsnivå och myndighetens egna ärenden (klagomål, lex Maria-anmälningar, med mera). Grundkravet har varit att alla sjukhus ska ha minst en kommun kopplad till sig.

Vårdcentralerna har valts ut mot bakgrund av att hela vårdkedjan ska täckas in i tillsynen. Grundkravet har varit att alla kommuner och sjukhus ska ha minst en vårdcentral kopplad till sig. Urvalet har också beaktat kriterier som storlek, geografiskt läge, driftsform, samt vad som har framkommit i våra egna ärendeslag (klagomål, lex Maria, med flera).

## Inspekterade verksamheter

- ④ Den politiska ledningen och tjänstemannanivån i följande landsting (delmoment 2):
  - > Region Jönköpings län
  - > Landstinget i Kalmar län
- ④ Den politiska ledningen och tjänstemannanivån i följande kommuner (delmoment 2):
  - > Jönköpings län
    - Jönköpings kommun
    - Eksjö kommun
    - Värnamo kommun
    - Gnosjö kommun
  - > Kalmar län
    - Kalmar kommun
    - Oskarshamns kommun
    - Västerviks kommun
    - Hultsfreds kommun
- ④ Alla sjukhus (medicinkliniken, radiologiska kliniken, akutkliniken, rehabteam) i respektive län (delmoment 3 och 4). Sjukhusen i Eksjö och Västervik bjöds inte in till dialog men svarade på enkäten.
  - > Region Jönköpings län
    - Länssjukhuset Ryhov
    - Höglandssjukhuset i Eksjö
    - Värnamo sjukhus
  - > Landstinget i Kalmar län:
    - Länssjukhuset i Kalmar
    - Oskarshamn sjukhus
    - Västerviks sjukhus
- ④ Ambulanssjukvården (delmoment 3 och 4).
  - > Ambulanssjukvården i Jönköpings län
  - > Ambulanssjukvården i Kalmar län.



- ⊙ Primärvården (delmoment 3 och 4). Eksjö, Mariannelund och Västervik (fyra stycken vårdcentraler) bjöds inte in till dialog men svarade på enkäten.
  - > Region Jönköpings län
    - Läkarhuset Öster (Jönköping, privat)
    - Gränna vårdcentral
    - Eksjö vårdcentral
    - Mariannelunds vårdcentral
    - Avonova Apladalen vårdcentral (Värnamo, privat)
    - Gnosjö vårdcentral
  - > Landstinget i Kalmar län:
    - Lindsdals hälsocentral (Kalmar)
    - Läkarhuset Kronan (Kalmar, privat)
    - Kristinebergs hälsocentral (Oskarshamn)
    - Riddarhusläkarna (Västervik, privat)
    - Stora Trädgårdsgatans hälsocentral (Västervik)
    - Hultsfreds hälsocentral
- ⊙ Kommunal verksamhet, det vill säga kommunala boenden (korttidsboende, rehabboende), kommunala hälso- och sjukvårdsteam / kommunal hem-sjukvård, hemtjänst och myndighetsutövning (delmoment 3 och 4). Eksjö och Västervik bjöds inte in till dialog men svarade på enkäten.
  - > Jönköpings län
    - Jönköpings kommun
    - Eksjö kommun
    - Värnamo kommun
    - Gnosjö kommun
  - > Kalmar län
    - Kalmar kommun
    - Oskarshamns kommun
    - Västerviks kommun
    - Hultsfreds kommun

## Bilaga 2 – Regionala skillnader

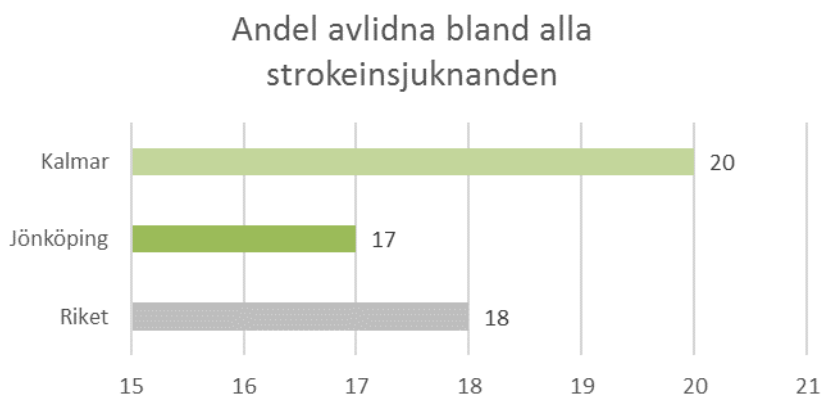
De skillnader som framträder mellan Jönköping och Kalmar i SKL:s sammanvägda jämförelse av olika indikatorer från Riksstroke 2015 avspeglar sig även vid jämförelser utifrån nedanstående indikatorer:

- ⌚ Andelen avlidna inom 90 dagar bland alla strokeinsjuknanden.
- ⌚ Andelen patienter som behöver hjälp av andra vid på- och avklädning och/eller vid toalettbesök tre månader efter stroke (ADL-beroende).

### Andel avlidna efter 90 dagar

I diagram 17 kan vi se att patienter i Jönköpings län 2015 hade en relativt högre överlevnadsgrad. Underlaget är inte justerat för exempelvis socioekonomiska faktorer.

**Diagram 17. Andel avlidna inom 90 dagar, jämförelse mellan landsting 2015.** Kalmar ligger statistiskt signifikant högre än genomsnittet. Justerat för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad.



Källa: Riksstroke 2016b.

### Behov av hjälp tre månader efter stroke

En av de kanske viktigaste indikatorerna i Riksstroke är andelen ADL-beroende patienter tre månader efter stroke. Patienten räknas som ADL-beroende om hen behöver hjälp av andra vid på- och avklädning och/eller toalettbesök. Även här har Jönköping ett bättre resultat än Kalmar 2015.

**Tabell 18. Andelen ADL-beroende patienter tre månader efter insjuknandet 2015. Endast patienter som före insjuknandet var ADL-oberoende, per region/landsting.**

	ANDEL I PROCENT
<b>Jönköping</b>	16-18
<b>Kalmar</b>	20-22

Källa: Riksstroke, 2016a.

## Bilaga 3 – Frågor till den politiska nivån och tjänstemannanivån inom landsting och kommun

---

### Frågor till politiska nivån inom landsting och kommun

- ⊗ Vilka politiska inriktningsbeslut har ni tagit som rör strokevården i regionen/landstinget/kommunen?
- ⊗ På vilket sätt följer ni upp dessa beslut?
- ⊗ Vad har ni för politiska mål för strokevården?
- ⊗ På vilket sätt följer ni upp att ni når dessa mål?
- ⊗ Hur följer ni upp att strokevården i regionen/landstinget/kommunen är jämlik för invånarna utifrån ett socioekonomiskt och geografiskt perspektiv?
- ⊗ Hur beaktar ni Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård innan ni fattar politiska beslut?
- ⊗ Finns det samverkansavtal för strokevården mellan olika huvudmän? Om ja, bifoga dessa.
- ⊗ Hur skulle ni beskriva kvaliteten i den strokevård som ni erbjuder utifrån de fattade politiska besluten?

### Frågor till tjänstemannanivån inom landsting och kommun

- ⊗ Vilket uppdrag har ni gett till den somatiska slutenvården och primärvården/kommunala hälso- och sjukvården vad gäller strokevård utifrån de politiska inriktningsbeslut som finns?
- ⊗ Hur styr och leder ni strokevården utifrån de beslutade politiska målen?
- ⊗ På vilket sätt följer ni upp att ni når satta mål för strokevården?
- ⊗ Hur skulle ni beskriva kvaliteten i den strokevård som ni erbjuder?
- ⊗ På vilket sätt följer ni upp kvaliteten i strokevården?
- ⊗ Hur säkerställer ni att befolkningen i länet/kommunen får en jämlik strokevård utifrån ett socioekonomiskt och ett geografiskt perspektiv?
- ⊗ Hur säkerställer ni att ansvarsfrågan är tydliggjord mellan olika aktörer så att patienten får en sammanhållen vård?
- ⊗ Beaktar ni Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård?

## Bilaga 4 – Enkätfrågor till personal i strokevårdskedjan

---

- ⊗ I vilken kommun ligger den verksamhet som du jobbar i?
- ⊗ I vilken verksamhet jobbar du?
- ⊗ Vilken personalkategori tillhör du?
- ⊗ Hur många år har du arbetat i verksamheten?
- ⊗ Finns det beskrivet i er verksamhet hur ni ska arbeta med patienter med stroke? Det kan exempelvis finnas beskrivet i policydokument, rutiner, riktlinjer och processbeskrivningar.
- ⊗ Är det tydligt för dig vad du har för uppdrag och ansvar i ert arbete med patienter med stroke?
- ⊗ Tycker du att ni i er verksamhet arbetar i linje med de politiska mål och inriktningsbeslut som finns för strokevården i landstinget / regionen / kommunen (i den mån de finns)?
- ⊗ Tycker du att ni i er verksamhet arbetar i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård?
- ⊗ Upplever du att alla patienter med stroke i länet får jämlik vård? Det vill säga, att alla patienter har samma möjligheter att få vård och att alla blir likvärdigt behandlade (i det län där du arbetar).
  - > Du har svarat att du inte upplever att strokevården i länet är jämlik. På vilken grund / på vilka grunder upplever du att strokevården skiljer sig åt i länet? Du kan välja flera alternativ.
  - > Vilken faktor / vilka faktorer anser du är anledningen till att strokevården i länet inte är jämlik? Du kan välja flera alternativ.
- ⊗ Följer ni i er verksamhet regelbundet upp kvaliteten i den vård ni ger era patienter med stroke?
  - > Känner du att du är delaktig i den regelbundna uppföljningen ni gör i er verksamhet (av kvaliteten på den vård ni ger era patienter med stroke)?
  - > Används resultatet av kvalitetsuppföljningen i verksamheten?
- ⊗ Finns det beskrivet i er verksamhet hur ni ska samverka med vårdgrannar (externa aktörer) när det gäller patienter med stroke? Det kan exempelvis finnas beskrivet i policydokument, rutiner, riktlinjer och processbeskrivningar.
- ⊗ Är det tydligt för dig hur du ska samverka med vårdgrannar (externa aktörer) i ert arbete med patienter med stroke?
- ⊗ Vilken kvalitet anser du att strokevården har i er verksamhet?
- ⊗ Vilken kvalitet anser du att strokevården har i länet (där du arbetar)?

## Referenser

---

Inspektionen för vård och omsorg (2017), *Tillsynsrapport 2016*, artikelnummer 2017-8.

Leading Health Care (2013), *Ledande frågor – 13 röster från praktiken möter organisationsforskare om villkoren för ledning och styrning av vård*.

Socialstyrelsen (2017a), *Säker vård – öppna jämförelser 2016, en indikatorbaserad uppföljning*, artikelnummer 2017-1-16.

Socialstyrelsen (2017b), *Nationella riktlinjer för vård vid stroke – Stöd för styrning och ledning*, remissversion, artikelnummer 2017-5-13.

Statens offentliga utredningar, SOU (2016), *Effektiv vård*, SOU 2016:2.

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2015a), *Framgångsfaktorer i strokevården – en jämförande studie av strokevården*, ISBN: 978-91-7585-230-0.

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2015b), *Framgångsfaktorer i strokevården – inspiration för utveckling av strokevården*, beställningsnummer 5387.

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2017), *Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden*, ISBN 978-91-7585-352-9.

Riksstroke (2016a), *Riksstrokes årsrapport 2015 – 3-månadersuppföljning efter stroke*, ISSN 2001-001X.

Riksstroke (2016b), *Webbtabeller – 3-månadersuppföljning efter stroke 2015*.

Riksstroke (2017a), *Stroke och Tia – slutlig årsrapport från Riksstroke (Riksstrokes årsrapport 2016)*, ISSN 2001-001X.

Riksstroke (2017b), *Strukturdata – Sammanställning och jämförelse av strokevårdens struktur i Sverige åren 2013, 2015 och 2016*, ISBN 978-91-637-4251-4.

Riksstroke (2017c), *Webbtabeller till Riksstrokes årsrapport 2016*

Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Vårdanalys (2017), *En primär angelägenhet*, rapport 2017:3.

## Webbplatser

Riksstroke, [www.riksstroke.org](http://www.riksstroke.org)

Socialstyrelsen, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Vården i siffror, [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se)

Tydliga mål kan ge bättre strokevård  
En granskning av strokevårdskedjan i två län  
Artikelnr: IVO 2017-23  
Utgiven: December 2017, [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)  
Box 45184, 104 30 Stockholm  
Telefon: 010-788 50 00  
[registrator@ivo.se](mailto:registrator@ivo.se)  
[www.ivo.se](http://www.ivo.se)

