

Jonas Leffler

Vårdkedjans möjligheter och begränsningar

**KFi-rapport
nr 39**

Kommunforskning i Västsverige är en forskningsorganisation som bedriver forskning inom området ekonomi och organisation i kommuner och landsting. Organisationen och verksamheten utgår ifrån ett samarbetsavtal mellan kommuner och landsting i Västsverige och Göteborgs universitet. Syftet med samarbetsavtalet är att initiera forskning inom det nämnda området och därigenom bidra till att skapa en stark forskningsmiljö vid Göteborgs universitet. KFi bedriver idag en omfattande forskningsverksamhet framför allt inom områdena ekonomistyrning, finansiell analys, organisationsförändring och effektivitetsbedömning.

Kommunforskning i Västsverige

Övre Fogelbergsgatan 3
411 28 GÖTEBORG

tel. 031 - 13 46 08

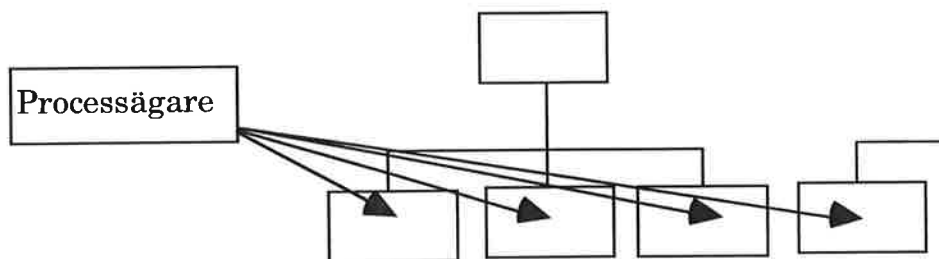
fax. 031 - 13 65 12

Inom Kommunforskning i Västsverige bedrivs studier kring effekter av olika typer av styr- och organisationsmodeller. Ekonomie doktor Jonas Leffler har studerat vårdkedjans möjligheter och begränsningar för att utveckla sjukvårdsverksamhetens effektivitet i en vid bemärkelse. I rapporten beskrivs hur den studerade vårdkedjan vid Kungälv's sjukhus är uppbyggd och vilka effekter av skilda slag arbetsmodellen givit. Rapporten är nr 39 i KFi-serien, vars syfte är att förmedla resultat från pågående och genomförd forskning inom KFi eller av KFi närstående organisationer. En förteckning över publicerade rapporter finns på sista sidorna.

Kundvärdet är utgångspunkten för att identifiera processerna. Aktiviteter i processerna bedöms utifrån det värde de tillför kunden. Vidare mäts aktiviteternas resurs- och tidsåtgång för att sedan kunna jämföras med liknande aktiviteter internt eller externt och ibland till och med i andra branscher. I nästa fas görs förbättringar, genom att till exempel skapa flöden för huvudgrupper och behandla variationer och undantag i separata processer. Dubbleringar av aktiviteter reduceras och onödiga aktiviteter som inte bidrar till ett ökat kundvärde sorteras bort. Allteftersom kundkategorier och kundvärden förändras görs kontinuerliga anpassningar i verksamheten. På detta sätt förändras arbetssättet och aktiviteter formas i flöden.

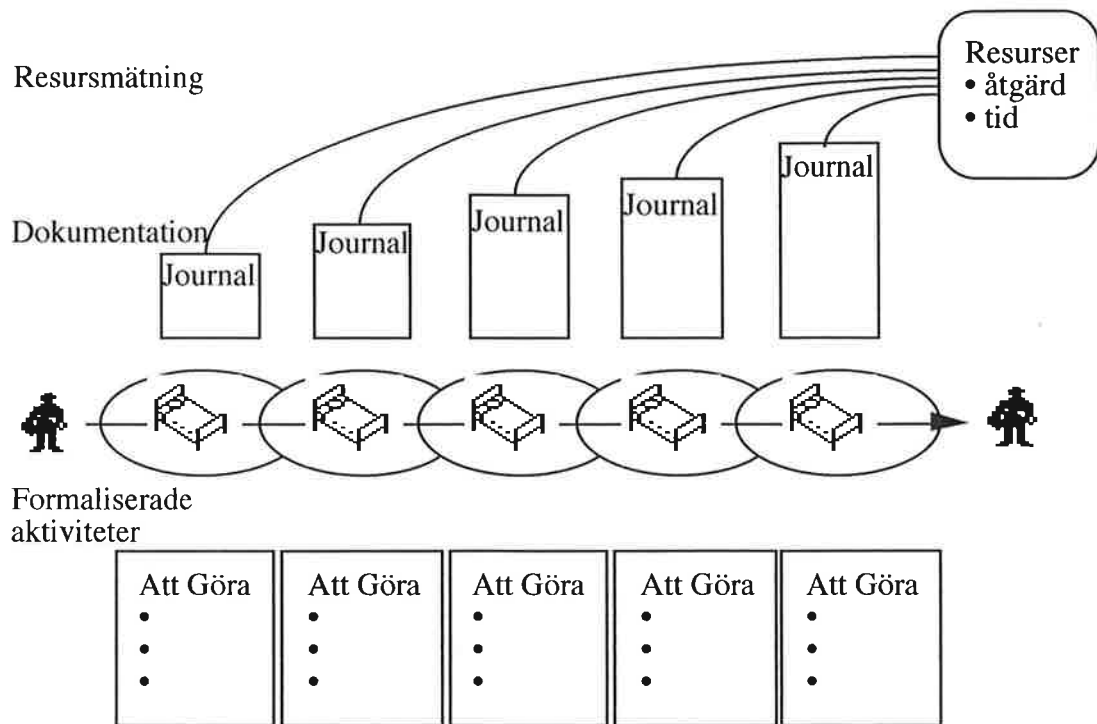
Process management skolan har alltså ett systemteoretiskt betraktelsesätt, som går ut på att gruppera, länka och ordna aktiviteter i nya mönster. Förändringsarbetet är en ingenjörskonst.

I denna skola finns också organisatoriska lösningar. Drivkraften för utvecklingen läggs på en processägare, som också har ansvar för utformning och länkning av processens olika aktiviteter. Därmed skapas organisatoriska matriser mellan funktioner i linjen och processägaren. En process ingår i flera funktioner och en funktion är i regel inblandad i flera processer.



Figur: Organisation enligt processynen

På det idémässiga planet finns det likheter mellan process management-skolan och vårdkedjor. Det gäller till exempel fokus på flöden, arbetssätt och utgångspunkten för analysen i patient- eller diagnosgrupp. Tanken ligger därför nära till hands att också använda process management skolans förändringsmetodik vid utvecklingen av vårdkedjor.



Figur: Beskrivning av vårdkedjan och dess komponenter

Vårdkedjan ligger också till grund för den organisatoriska indelningen. Till exempel brukar en vårdkedja för slaganfall innebära - att en speciell Stroke (slaganfalls)-enhet skapas (Hallert - Stahre 1995, HSN-staben 1995, Olsson 1992).

Processanalys

Vårdkedjans idémässiga grund liknar den som finns inom den s k process management skolan (Champy & Hammer 1994). Process management skolan vill bryta upp den funktions- och specialistindelade verksamheten. Den vill istället utveckla verksamhetens processer - flöden - och dess aktiviteter. Flödena skär i regel tvärs över flera funktioner och specialiteter. Syftet är ofta att få ned ledtider och kapital- och aktivitetskostnader längs flödet.

Innehåll	sid.
1. Inledning	1
Vad är en vårdkedja?	1
Processanalys	2
Sjukvårdens förutsättningar kräver ett aktörssynsätt	4
Vårdkedja för slaganfall	4
2. Vårdkedjan för mellersta Bohuslän	6
Kungälv's sjukhus	6
Utveckling av vårdkedja för slaganfall för mellersta Bohuslän	6
Beskrivning av vårdkedjans faser	7
Fortsatt utveckling	10
3. Vilka effekter har vårdkedjan givit?	11
Vilka skillnader upplever aktörerna?	11
Från vårdkedja till vårdtrappa	12
4. Vårdkedjan förstärker samordningen	15
Vilken samordning används i vårdkedjan?	15
Varför inte steget till en organisatorisk enhet?	18
5. Vårdkedjan påverkar strukturkapitalet	19
Vårdkedjan ökar verksamhetens strukturkapital	19
Kunskapsbildning med en gemensam referensram	21
Kompetensstruktur och olika patientbehov	22
6. Vårdkedjans begränsningar	24
Det akuta skedet - ej en fråga om process utan flexibilitet	24
Förstärkt samordning - men brister i anpassningar	25
Gränsen mellan länssjukvård och kommunal vård	27
Dubbleringar av funktioner	28
7. Sammanfattning och resultat	30
Vilka problem löser vårdkedjan och vad löser den inte?	30
Vilka samordningsformer dominerar i vårdkedjan?	31
På vilket sätt påverkar vårdkedjan kompetensfördelningen?	31
Vårdkedjan - ett kompetensspridningsarbete	32
Referenser	34

1. Inledning

Denna studie handlar om vårdkedjans möjligheter och begränsningar. Den beskriver hur Kungälv's Sjukhus tillsammans med primärvården i mellersta Bohuslän arbetar efter ett vårdprogram för slaganfall. Studien belyser vårdkedjans effekter i verksamheten och de erfarenheter som gjorts i utvecklingsarbetet.

Framförallt har vårdkedjans effekter på samordningen fokuserats. Det gäller samordningen inom sjukhuset mellan olika vårdgivare och kliniker samt samordningen mellan länsjukvård, primärvård och kommunal institutionsvård. Vidare har även effekterna på kompetensutvecklingen identifierats. Resultaten är alltså främst riktade till de som arbetar med vårdkedjor - i praktik och teori.

Vad är en vårdkedja?

Vårdkedjan utgår från patientens väg genom sjukvården. Synsättet bygger på att samordna ett patientflöde och på att skapa kontinuitet i mötena mellan patient och vårdgivare. Vårdkedjan utformas och sätts samman av olika arbetsmoment i ett antal länkar som bildar — i bildlig bemärkelse — en kedja. Länkarna består av en serie formaliserade aktiviteter, som utförs av olika arbetsgrupper. Aktiviteterna dokumenteras enligt förutbestämda mallar, gemensamma checklistor och överenskomna index. Med en ökad formaliseringsgrad tydliggörs vad som görs respektive inte görs. Vårdkedjan kan illustreras med nedanstående figur.

Vårdprogrammet är utformat som en vårdkedja med länkar av åtgärder för olika vårdgivarkategorier under sjukdomsförloppet. Varje specialist har utformat sitt program, som därefter diskuterats i den större arbetsgruppen.

I dokumentationen av vårdkedjan beskrivs olika specialistinsatser samt samordningen av insatser mellan klinikerna på sjukhuset och mellan länssjukvården, primärvården och den kommunala vården. Vårdkedja har studerats genom 25 intervjuer med berörda under hösten 1994 och våren 1995.

Beskrivning av vårdkedjans faser

Vårdkedjan kan delas in i faser utifrån patientens hälsotillstånd. I princip kan följande faser urskiljas:

Akut fas: Den syftar till att häva eller stabilisera sjukdomsförloppet. Under det första dygnet bestäms diagnos och instruktioner. Därefter följer behandlingar och uppföljningar. När sjukdomstillståndet stabiliserats påbörjas rehabiliteringen, men det är först efter 5 -7 dygn som test görs för eventuell övergång till nästa länk i vårdkedjan.

Rehabiliteringsfas. Den syftar till att återfå patienten till en oberoende vardag. Den bygger mer på en planmässig rehabilitering som följs upp på regelbundna vårdkonferenser. Skattningsskalor och checklistor används för att regelbundet bedöma individens status.

Institutions- eller hemgångsfas. Den tredje fasen inträder när patienten är "klinikfärdig" det vill säga tillståndet blivit så stabilt att inga förbättringar kan göras eller blivit så bra att personen kan bo i hemmet eller i hemliknande förhållanden, med fortsatt rehabilitering.

Beskrivning av den Akuta fasen

Det akuta omhändertagandet sker på medicinkliniken. Den innehåller diagnostisering, basal utredning och behandling. Ett övervakningsschema med regler för observation och registreringar används av sjuksköterskor. Vidare finns regler för vätska och näringstillförsel.

2. Vårdkedjan för mellersta Bohuslän

Kungälv's sjukhus

Kungälv's sjukhus närområde inkluderar kommunerna Tjörn, Stenungsund och Kungälv i Bohuslän och Ale kommun i Älvsborgs län. Sammanlagt bor där ca 95.000 invånare. Av dessa är 12.560 äldre än 65 år.

På Kungälv's sjukhus vårdas slaganfallspatienter i det akuta skedet på medicinkliniken. Den består av tre vårdavdelningar med 25 platser vardera. Därefter flyttas patienterna över till geriatrik- och rehabiliteringskliniken, som omfattar 31 vårdplatser.

Kungälv's sjukhus är en av de få sjukhus i Sverige som har fungerande administrativa system för att fånga olika kostnadslag per vårdtillfälle. Det finns alltså uppgifter sorterade per patient och vårdtillfälle - även om patienten funnits på olika kliniker. Därmed finns historiska och nya data som möjliggör jämförelser.

Kungälv's sjukhus har utvecklat vårdkedjor för olika sjukdomar. Dessa skär över klinikgränser. Utvecklingsarbeten bedrivs i projekt av medicinskt ansvariga på uppdrag av sjukhusledningen. Det innebär att patienter på Kungälv's sjukhus i stor utsträckning kommer att behandlas enligt vårdkedjornas riktlinjer, medan personalen inom olika kliniker och vårdavdelningar kommer att arbeta i flera olika vårdkedjor.

Utvecklingen av vårdkedja för slaganfall för mellersta Bohuslän

Vårdprogrammet för slaganfallspatienter är ett led i ett utvecklingsarbete, som pågått sedan 1991 på Kungälv's sjukhus och primärvården i mellersta Bohuslän. En arbetsgrupp med representanter från olika vårdgivarkategorier från medicinkliniken och geriatrik- och rehabiliteringskliniken vid Kungälv's sjukhus och primärvården på Tjörn har tagit fram vårdprogrammet under 1993 och fram till sommaren 1994 (Slaganfall, 1994). Under hösten 1994 utbildades personalen.

Patienterna har ca 3,5 miljoner vård dagar per år och gör 150.000 öppenvårdsbesök årligen. I Sverige kostar sjukdomen 10 miljarder för sjukvård (SBU 1992). Gruppen står för 15 % av sjukhusets årliga kostnader. Det är alltså en vanlig sjukdom på sjukhusen. Men trots det finns relativt begränsade studier av den.

"Det är påfallande att många insatser inom strokevården (=slaganfall) inte utvärderats eller blivit föremål för kontrollerade prövningar. Detta är särskilt fallet i fråga om rehabilitering och många delmoment inom detta fält. Det är särskilt angeläget att vetenskapliga studier initieras rörande effekten av sjukgymnastik, arbetsterapi, logopedi, omvårdnad och vårdens organisation när det gäller patienter med stroke)". (SBU 1992 s 15)

Det finns därmed ett utrymme för egna idéer om behandlingen av sjukdomen.

Patienter med slaganfall behöver mycket vård och träning. Förbättringar sker snabbast första veckan, därefter långsammare och avstannar vanligen efter 6 månader. Därför är det viktigt att insatser sätts in tidigt. Emellertid är mönstren inte enhetliga, sjukdomens svårighetsgrad och bredd gör att behoven och variationen av insatser är stor i jämförelse med till exempel höftfraktur.

Sjukvårdens förutsättningar kräver ett aktörssynsätt

Process management skolan är utvecklad utifrån tillverkande företag. De har andra förutsättningar att tillämpa process management än sjukvården. För till exempel tillverkande företag är verksamheten i regel uppbyggd på en sekventiell teknologi där förädlingskedjan är sekventiell. I vissa tjänsteföretag och inom delar av sjukvården bygger verksamheten på en matchande teknologisk grund med möten mellan patient/klient och vårdgivare. Flödestänkande är mer naturligt i en sekventiell teknologi än för verksamheter som fungerar i en matchande teknologi.

En annan viktig skillnad är att det är sjuka människor och inte produkter som finns i produktionen. Människan i flödet binder inte kapital i sig (som en produkt), utan hon binder sjukvårdsresurser genom sin sjukdom. Inom sjukvården - liksom i många tjänsteföretag - handlar det snarare om att styra resurser till behoven. Problemet är bara att dessa behov på en nivå "från den externa betraktaren" kan vara relativt homogena, men på en annan nivå vara heterogena och helt relaterade till patientens dagsform och till den relation som utvecklats mellan patient och vårdgivare.

Förutsättningarna att utveckla vårdkedjor enligt processmanagementskolan med dess starka systemteoretiska synsätt blir med andra ord alltför begränsat. Vårdkedjan behöver också ett aktörssynsätt som är relaterat till de patienter och personer som verkar i vårdkedjan.

Vårdkedja för slaganfall

Slaganfall är ett samlingsnamn för blödningar eller propp i hjärnans kärl. Den leder till skada och vävnadsdöd. Diagnosen sätts genom kliniks undersökning och datortomografi. Sjukdomen indelas efter art och förlopp från lindriga symptom som försvinner inom 24 timmar till kvarstående symptom. Sjukdomen kan ibland utvecklas successivt över några dagar.

Slaganfall är en vanlig och tung sjukdom för både patient, anhöriga och personal, eftersom de som drabbas får bestående men och funktionsnedsättningar. Det innebär att många (60 - 80%) kommer att vårdas på institutioner (SBU 1992).

3. Vilka effekter har vårdkedjan givit?

Vilka skillnader upplever aktörerna?

Det tidigare samordningen mellan medicinkliniken och geriatrik- och rehabiliteringskliniken har blivit tydlig med väldefinierade kriterier. Byte av klinik innebär en stor omställning för patienten eftersom det innebär dels en fysisk förflyttning, dels ny personal - även vad gäller arbetsterapi och sjukgymnastik, dock ej logoped och kurator. Förr var denna övergång inte uttalad och förberedd, vilket fick negativa konsekvenser.

"Tidigare har vi på medicin svårt att skiljas från patienterna, när de just börjat bli bättre. Många patienter längtar tillbaka från Rehab. Det kunde innebära en medicinsk svacka på en vecka."

Den outtalade övergången medförde att det fanns uppfattningar att patienterna låg för länge på medicinklin. På detta sätt blev övergången föremål för diskussioner. I vårdkedjan löstes detta problem genom ett formaliserat förfaringssätt, med en tidig prognos, specialremiss och funktionsbedömning. Därmed ökar geriatrik- och rehabiliteringskliniken framförhållningen.

Kunskapen och normerna för patienten och patientförflyttningar har medfört att det byggts in en medvetenhet i vårdkedjan, som bland annat tydliggörs i remissflödena.

"Vi märker att de blivit duktiga eftersom vi får remiss redan första dagen."

Även när det gäller samordningen av länssjukvård och primär- eller kommunal institutionsvård har den formaliserade proceduren och vårdplaneringsmötet en avgörande betydelse för patientens fortsatta vård.

"Förr diskuterades den framtida vårdformen rakt i ansiktet på patienten. Nu är det en mer genomtänkt form, där vi förbereder anhöriga och patient för en fortsättning. Innan betalningsansvaret övergår till kommunen skickas "fax 1" till kommunen".

patientens tillstånd efter 6 månader, 12 månader och 3 år efter vård-episoden på dagrehab.

Fortsatt utveckling

Utvecklingen av vårdkedjan sker successivt med årsvisa uppföljningsmöten. Den vårdkedja som utvecklats i första skedet kan sägas utgöra en bas. Därefter sker dels en breddning för att hantera olika typfall inom slaganfall. Det gäller bland annat:

- Systematik och normer för upptäckt av och vård av patienter med försämringar när sjukdomen utvecklas successivt över några dagar.
- Uppmärksamhet av TIA (små slaganfall som går över inom 24 timmar) där det gäller att upplysa och ge mer förebyggande åtgärder. Det är viktigt att uppmärksamma dessa fall eftersom de förebådar värre slaganfall som kan leda till invaliditet och död.

Vidare sker omprövningar och byten av skattningsskalor inom befintliga länkar och synkronisering av dokumentation i samband med utveckling av datorjournal för slaganfallspatienter.

Läkare	Sjuk- sköterska	Remiss		Vid behov
		Sjuk- gymnast	Arbets- terapeut	Kurator
Säkra indikation	Vätska	Funktionell viloställning	Inkomst- status	Psyko-social utredning
Basutredning	Närings- tillförsel		Hjälpmedel	Krisstöd
Klassning	Checklista		Funktions- bedömning	Bearbetning
Behandling för att häva	Observations- schema	Funktions- bedömning	Mål	Logoped
Elektiv utredning	Mobilisering	Mål	Träning	Diagnos
Depression	Information Film	Träning		Behandlingsplan
				Träning
				Medvetenhet

Katz test	Dag 5-7 omprövning av förflyttning från medicin till Ger-Rehabklinik, Primärvård eller inom Ädelorg.
-----------	--

Figur: Vårdkedjan i den akuta fasen

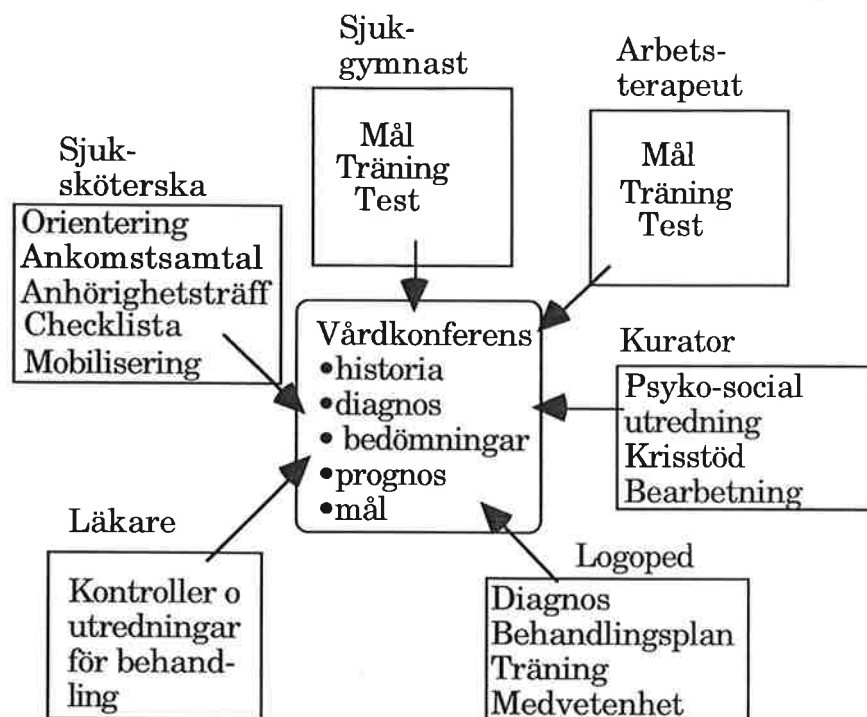
Dagen efter insjuknandet sker bedömning av sjukgymnast och arbetsterapeut. Rehabiliteringen kan starta om patientens tillstånd är stabilt. Tidigt sker också bedömningar av insatser från kurator och logoped. Dag 5-7 görs en funktionsbedömning som visar vårdbehovet efter den akuta fasen. Ställningstagande om övergång till ny fas görs av vårdteamet på medicinkliniken med hjälp av Katz ADL-index.

Rehabiliteringsfasen på geriatrisk- och rehabiliteringskliniken

Varannan vecka görs kontroller och bedömningar av patienten. Det gäller bland annat funktionskontroll, blodtryck samt bedömningar av förnyad datortomografi.

Vårdteamet har vårdkonferens varje vecka med genomgång och målsättningar inför kommande vecka. Journalanteckningar förs av samtliga vårdgivare.

Länken kan sammanfattas enligt nedanstående figur.



Figur: Vårdkedja vid rehabiliteringsfasen

Utskrivningen planeras två veckor innan patienten skrivs ut. Vårdplanering är ett möte med representant och sjuksköterska från kommun och personal från geriatrik- och rehabiliteringskliniken.

Vårdkedja på dagrehab

På dagrehab kontaktas patienten inom sju dagar. Vid första träningstillfället gör sjuksköterskan kontroller. Kontakter tas med läkare och kontroller görs av stämmningsläge och hemsituation. Vid utskrivning kontaktas hemtjänst, distriktsköterska och kommunens aktiveringsgrupp.

Sjuksköterskan skriver omvårdnadsepikris till distriktsköterskan och vårdenhetschef från inremitterad avdelning. Sjuksköterskan följer upp

Själva beslutet tas vid en vårdplaneringsträff med personer från länssjukvård och primärvård, samt kommunal hemtjänstassistent.

"På vårdplaneringen berättar vi om patienten, patienten uttrycker sina önskemål, därefter får kommunen anpassa eller lösa problemen".

Innan vårdkedjan hade läkare på primärvården svårt att fånga upp patienter som skrevs ut från länssjukvården. Rapportvägarna var otydliga och primärvården fick söka patienter hos dagrehab och hos distriktsarbetsterapeut. Antalet utskrivna och antalet slaganfallspatienter i primärvården stämde inte.

Rapporteringsvägarna har förbättrats. Primärvården får i genomsnitt information 4 - 5 dagar efter utskrift från länsjukhuset. Men det förekommer fortfarande att man fångar upp patienter på "traditionellt sätt".

Även uppföljningen när patienten skrivs ut från dagrehab, ligger delvis kvar hos patienten eftersom kontakten initieras när medicinen tar slut.

Vårdkedjan ger ett grundmönster för behandling, omvårdnad och rehabilitering. Detta har dock inte följts fullt ut mellan primärvård och länssjukvård hos alla vårdgivarekategorier.

Beskrivningarna legitimerar ett sätt att arbeta och tydliggör gränser för olika vårgivarkategorier. Beskrivningarna bildar en grund för gemensamma föreställningar om kompetenser och roller i vårdkedjan. Därmed skapas en gemensam referensram som reducerar osäkerheten om andras tolkningar av situationen.

Sammantaget finns en mycket positiv syn på vårdkedjor bland de berörda. Det finns ingen som kan visa något negativt - utan vårdkedjan uppfattas som ett sätt att förbättra vården och skapa en fungerande vårdprocess. Däremot finns det "en bit kvar" innan vårdkedjan blir en stabil bas för en samordnad vård mellan länssjukvård och primärvård.

Från vårdkedja till vårdtrappa

Vårdkedjan för slaganfall i Kungälv's sjukhus berör i huvudsak två kliniker. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter tillhör separata avdelningar, men

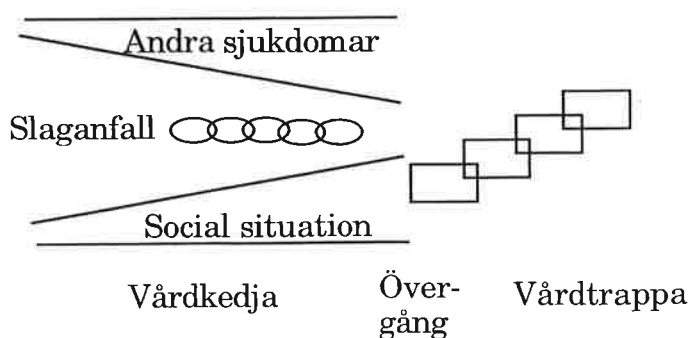
är grupperade för respektive klinik. Det innebär att patienter byter personal när de flyttar från en klinik till en annan. Endast kurator och logoped är desamma.

Inom primärvården finns olika former av sjukvård för slaganfallspatienter. Dagrehab ger en daglig planerad träning enligt program som diskuterats fram med olika vårdgivare. Den polikliniska träningen är en riktad träning för patienter som inte passar i dagrehab, men behöver tränas. Kan inte patienten transporteras till primärvården får patienten träning i hemmet av distriktssjukvården.

Den kommunala vården bygger upp egna resurser för rehabilitering och etablerar motsvarande interna professioner som länssjukvården - fast med andra vårdnivåer och med en ökad grad av patientfinansiering. Utbudet av den kommunala vården har differentierats och blivit tydligare, vilket innebär att patienterna blir mer homogena.

"Förr var variationen på patienter stor. De bara fanns här. Nu är de grupperade även inom vår organisation, så att vi kan specialisera oss"

Därmed ökar patientens valmöjligheter. Men en ökad differentiering kan också motverka idén om systemmässigt länkade aktiviteter. Vårdkedjeidén blir i detta perspektiv mindre aktuell ju längre från det akuta insjuknandet man kommer. Istället får andra faktorer en ökad betydelse, som patientens andra åkommor och sociala situation. Idén om ett patientflöde ersätts av en differentiering av patienter - kanske oberoende av en aktuell sjukdom - utan av ett sjukdomspanorama med olika handikapp och s k "biståndsbehov".



Figur: Från vårdkedja till vårdtrappa

4. Vårdkedjan förstärker samordningen

Vilken samordning används i vårdkedjan?

När uppgifter fördelas uppstår också behov av samordning. Vårdkedjan skall vara ett sätt att länka samman uppgifterna så att verksamheten effektiviseras. Samordningen kan enligt klassiska organisationsprinciper (Mintzberg 1983) sker på fem sätt.

Samordning kan ske genom ordergivning. I vårdkedjan har ordergivningen blivit tydligare, eftersom remisser och remissflöden tydliggjorts. Även styrningen från observationschema kan betraktas som en form av ordergivning där informationsfångsten och den efterföljande signaleringen blivit mer strukturerad och tydligare.

En ömsesidig anpassning är ett sätt samordna sina insatser. Vårdkedjan har ökat graden av ömsesidiga anpassningar, genom att stor vikt har lagts vid vårdkonferenser och individuella vårdplaneringar.

Samordning kan också ske genom olika former av standardisering. Vårdkedjans innehåll standardiserar kompetensen. Det är kanske ett av de starkaste samordningsinstrumenten. Mycket av den dagliga samordningen kring patientens vardag bygger på att det finns inkörda team. Standardiseringen av kompetens är en förutsättning för korta möten.

De administrativa rutinerna för att hantera övergångar mellan kliniker och länssjukvård har element där arbetet är standardiserat. Däremot är variationsbredden stor vad gäller slaganfall och förloppen varierar, varför ett löpande band som symboliserar denna typ av samordning skulle vara rent av farlig att införa.

Vårdkedjan använder framförallt funktionsindex som underlag för en sekventiell samordning det vill säga när en patient överförs från en klinik till en annan, vilket är ett uttryck för en standardisering av resultat som ligger till grund för beslut.

Den systemmässiga utformningen av vårdkedjan har skapat en tydlighet om arbetsuppgifterna (vad som skall göras) och arbetsfördelningen (vem som skall göra det). Tydligheten har också ökat för hur samordningen skall hanteras längs kedjans organisatoriska gränser och mellan olika vårdgivarkategorier. De samordningsmekanismer som används kan illustreras med nedanstående figur:

Vårdkedjetanken blir i detta perspektiv mer ett sätt att förmedla kunskaper till olika vårdgivargrupper inom en vårdnivåtrappa. Det blir därför ganska naturligt att vårdkedjans länkar tunnas ut och övergår till kunskapsförmedlande istället för formaliserade patientaktiviteter.

På ett övergripande plan finns en dygnsrytm som bildar ett sammanvävt mönster för hur olika vårdgivare samtalar med varandra och med olika patienter. Det dagliga arbetet samordnas dels i dialog i ronder och vårdkonferenser, dels genom order vid akuta händelser. Vårdkonferenserna mynnar ut i planer och avdelningsschema. På geriatrik- och rehabiliteringskliniken förskjuts tyngdpunkten i samordningen till vårdkonferensen med en sammanhängande vårdplan. Övergången mellan medicinkliniken och geriatrik- och rehabiliteringskliniken samordnas med en strukturerad remiss, ett standardiserat resultat används som beslutskriterium för en patientförflyttning och en formell rutin för att samordna förflyttningen.

I samband med att patienten skrivs ut används ett faxförfarande i tre steg. Dessutom förstärks samordningsförfarandet med planeringsmöten.

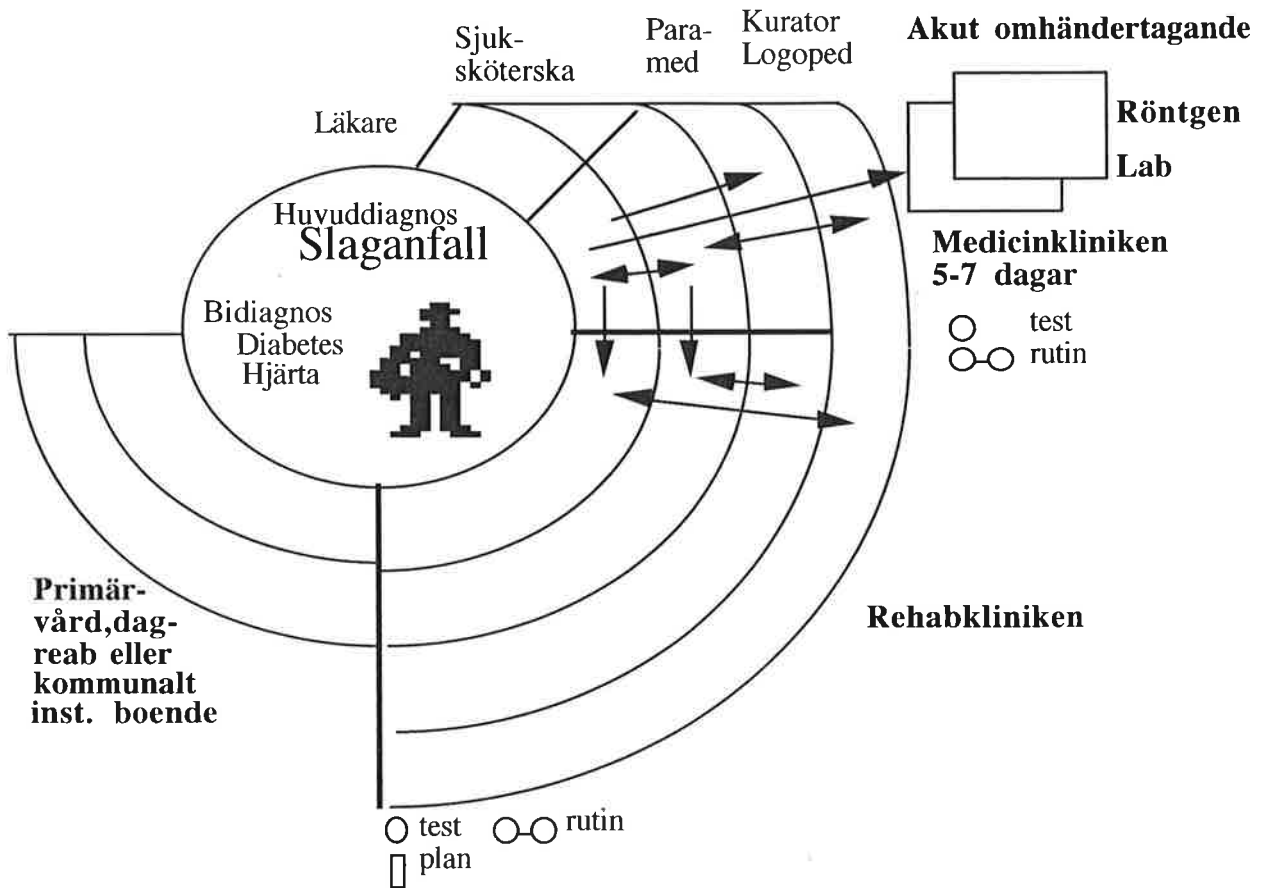
Sammanfattningsvis kan man konstatera att vårdkedjan har stärkt samordningen på flera plan genom att använda olika samordningsförfaranden. Vårdkedjan har:

- Tydliggjort och strukturerat ordergivningen genom att remisserna (ordervägarna) blivit klarare.
- Stärkt planeringsförfarandet genom ömsesidiga anpassningar.
- Skapat en vårdsyn och gemensamma instrument i vårdarbetet, vilket är ett uttryck för en standardisering av kompetensen.
- Standardiserat de organisatoriska övergångarna i form av rutiner.
- Givit enhetliga instrument för att mäta behandlingsresultat som beslutskriterium vid patientförflyttningar.

Vårdkedjan har med hjälp av *olika* mekanismer förstärkt samordningen i verksamheten. I många fall är det fråga om att strama upp arbetssättet, men det är också en fråga om att utöka samordningen med möten, planer och testresultat. Vårdkedjan har troligen ökat samordningskostnaden, genom att samordningen förstärkts, men denna förstärkning har också fått positiva effekter i verksamheten.

Det behöver inte vara olikheterna mellan vårdgivarkategorier eller organisationsenheter som skapar samordningsproblem, utan samordningsproblemen kan ligga i den osäkerhet som uppstår när det saknas en gemensam referensram i vården om vad olika vårdgivare och vårdorganisationer gör.

Samordningen underlättas alltså med tydligheter och gemensamma referensramar. Det har därmed funnits en poäng med att relatera vårdkedjans aktiviteter till vårdgivarkategorier och organisatoriska enheter. I annat fall torde osäkerheten ökat och samordningen försvårats.



Samordning - inom länken

- Åtgärdsbredd
- ↔ - Rond (gå, sitt, social)
- ← - Vårdkonferens
- - Remiss

Samordning - mellan länkar

- Överlämnande
- test
- plan
- rutin

Samordning av parallella aktiviteter

- Individuell vårdplan
- Egna avd schema
- Daglig anpassning

Figur: Samordningsmekanismer i vårdkedjan för slaganfallspatienter

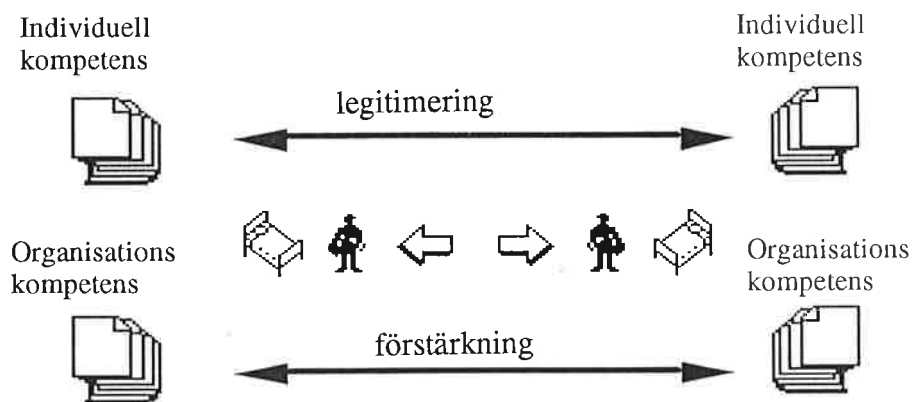
På akutmottagningen sker en initial bedömning och därefter skrivs patienten in på medicinkliniken. Från medicinkliniken sker ett direkt orderflöde i form av remisser till lab och röntgen samt sjukgymnast och arbetsterapeut. Vid behov kallas också kurator och logoped.

5. Vårdkedjan påverkar strukturkapitalet

Vårdkedjan ökar verksamhetens strukturkapital

De effekter som en ökad formalisering och användning av standarder (checklista, index och skalor) brukar medföra är att en del av den individuella kunskapen överförs till organisationen. Det strukturkapital det vill säga de bestående värden som byggs in i verksamheten genom rutiner, normer och andra arbetssätt ökar genom vårdkedjan (Hedberg m fl 1994). På detta sätt blir verksamheten mindre beroende av enstaka individers kunskande.

Genom vårdkedjan skapas en gemensam norm och referensram som byggs in i organisationen och som gradvis dokumenteras och permanentas. På så vis kan många få del av kunskapen och därmed ökar strukturkapitalet. Den kunskap som låg inom individen, blir genom en dokumenterad vårdkedja mer öppen och tillgänglig för fler. Därmed kan den bli ett sätt att legitimera professionen och individen inom professionen. Att öppna kunskapen kan också innebära att den blir ifrågasatt av kolleger inom och utom professionen.



Figur: Organisatorisk och individrelaterad kompetens i utvecklingen av vårdkedjan

Eftersom dokumentationsarbetet bedrevs i projektform skedde diskussionen inom gruppen. Genom att projektgruppen "godkände" länkarna fick de

Varför inte steget till en organisatorisk enhet?

Vårdkedjan har förstärkt samordningen mellan olika gränser som befintliga professionella gränser, ekonomiska/administrativa gränser och persongränser. Alternativet är att koncentrera vården av slaganfall till en organisatorisk enhet, vilket ingått i den traditionella vårdkedjelösningen.

Studier i andra länder visar att speciella enheter för slaganfall sänker mortaliteten och påskyndar den funktionella återhämtningen (Indredavik med flera 1991). Svenska studier (Strand m fl 1986) antyder resultat i motsvarande riktning, när det gäller vårdkvaliteten - dock ej effekter i dödligheten under det akuta skedet. Dessa studier indikerar alltså värdet av en specialisering av personalen på slaganfall.

För att skapa en separat organisatorisk enhet för slaganfallspatienter krävs en tillräcklig volym. Specialiseringen skapar en kompetensstruktur som i och för sig kan skapa en bra vård för slaganfallspatienter, men kan motverka den kompetensbredd som behövs för att skapa flexibilitet.

Utvecklas flera vårdkedjor på sjukhuset med specifika organisatoriska gränser, är detta snarare ett sätt att strukturera utbudet inom en organisatorisk enhet. Därmed uppstår nya samordningsbehov mellan respektive kedja.

Det är inte den organisatoriska enheten för slaganfall som i sig har betydelse, utan hur kompetens och patienter kan matchas. Därför är kompetensfrågorna och formerna för matchningen en kärnfråga, medan den specialiserade organisatoriska enheten endast utgör ett sätt att lösa matchningsproblemen.

För detta ändamål kommer arbetssättet i vårdkedjan att ha stor betydelse, eftersom den ger utrymme för att stärka kompetensen och till viss del också att fördela kompetensen om slaganfall. Vårdkedjan ger också utrymme för att skapa samordningsförfaranden som kanaliserar specialister till olika aktiviteter. Till exempel kan arbetsgrupperingar skapas (s k slaganfallsteam) oberoende av organisatorisk hemvist. Dessa grupperas vid olika tillfällen i vårdkedjan, för vissa moment, bedömningar, kritiska skeden etc.

En förutsättning är emellertid att det finns s k medicinsk metodansvariga för respektive kedja (en s k processägare) som har befogenheter att utveckla och vidareförädla arbetssättet för slaganfall, som sträcker sig utanför länssjukvården, in i primärvård och som även skall täcka den kommunala institutionsvården.

Strukturen på arbetet har blivit tydligare och syftena med olika arbetsmoment har klargjorts för undersköterskorna. Tidigare svåra patienter har blivit lättare att behandla. Dessa reflektioner indikerar att kunskapen om vem som gör vad har ökat och att det har skett en kunskapsförmedling så att det finns en förståelse för att arbetsuppgifter skall utföras på ett speciellt sätt för slaganfallspatienter.

På detta sätt har vårdkedjan dels ökat institutionaliseringsgraden av kunskaper - sådana kunskaper som finns inbyggd i vardagsrutinerna och som man inte längre ifrågasätter. Dels har kunskapsutvecklingen kommit närmare det löpande avdelningsarbetet.

För bedömningsaktiviteter till exempel när individuella vårdplaner (IVP) görs upp behövs en samlad kompetens med olika vårdgivarperspektiv på patienten. Därför behöver en patient flera "specialistkontakter". På detta sätt skapas en gräns för hur långt en kunskapsöverföring kan fortgå.

Kompetensstruktur och olika patientbehov

Tidigare har den individ- respektive organisationsbaserade kompetensen behandlats. Kompetensstrukturen kan även uttryckas i,

- kompetensintegration det vill säga hur specialiserade vårdgivarkategorierna är i förhållande till varandra.
- kompetensdjup som anger kunskapsnivån.
- kompetensbredd det vill säga vilken sjukdomsbredd (hur många olika sjukdomar) de olika vårdgivarekategorier kan möta

Frågan är på vilket sätt vårdkedjan påverkar sjukhusets kompetens.

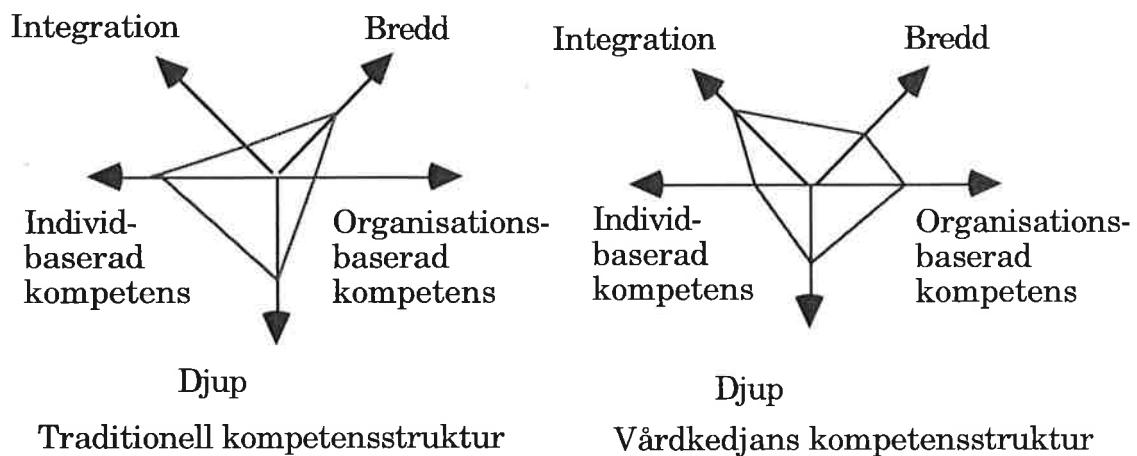
Det finns indikationer att vårdkedjan har ökat kunskapsspridningen mellan vårdgivarkategorierna. Vissa kunskaper och uppgifter har ju överförts till omvårdande personal. På detta sätt skapas en kompetensintegration med en överlappande kompetens mellan vårdgivarkategorierna.

Eftersom vårdkedjan skapat ett kompetensfokus kring slaganfall torde kompetensdjupet bibehållits eller fördjupats. För de ledande aktörerna har utvecklingsarbetet skapat ett fokus, medan det skett en kompetensspridning till de vårdgivarkategorier som arbetar närmast patienten både inom sjukhuset och inom den kommunala vården.

Kompetensbredden har bibehållits, eftersom anställda både klarar andra sjukdomar och slaganfall - någon specialisering som uteslutit behandlingen av andra sjukdomar har inte förekommit.

Vårdkedjan har också inneburit att den organisatoriska kompetensen ökat och att utrymmet blivit mindre för de individuella lösningarna. Kompetensen har också bakats in i de vardagliga rutinerna det vill säga institutionaliserats i organisationen till skillnad från att den är individrelaterad.

Nedanstående figurer illustrerar och sammanfattar de indikationer som finns om vårdkedjans effekter på kompetensen.



Figur: Olika kompetensstrukturer

Vårdkedjan driver alltså fram en ökad organisationsbaserad kompetens och möjliggör en kompetensintegration mellan vårdgivarkategorierna. Däremot torde den indivibaserade kompetensen reduceras beroende på att de individuella variationerna reduceras. Görs inga omorganisationer torde varken kompetensdjup och kompetensbredd påverkas i någon större omfattning. Vårdkedjan kan i detta perspektiv möjliggöra en utveckling som bygger på att successivt förändra kompetensstrukturerna i hälso- och sjukvården.

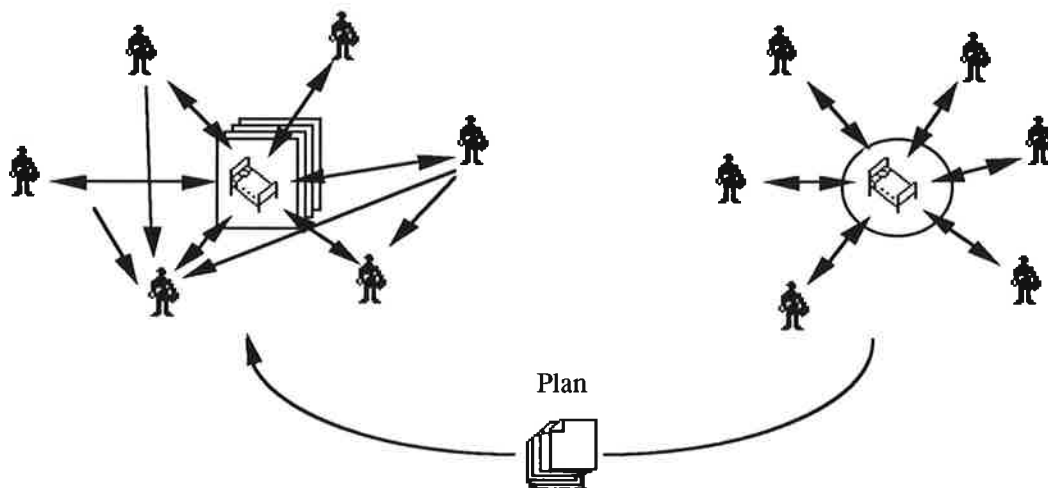
Kunskapsbildning med en gemensam referensram

En gemensam referensram förenklar kommunikation, resonemang och dialogen över vårdgivarkategorierna. Det är till exempel en förutsättning för att vårdkonferenserna (när olika vårdgivarkategorier diskuterar patienterna) och ronderna skall bli konstruktiva. Identitet och roller blev både tydligare och accepterade.

"Den (vårdkedjan) har skapat en sådan kunskap att man kan resonera med andra läkare och specialister."

Vidare skapas ett synsätt och ett tänkande kring slaganfallspatienter som är gemensamt och styrande för hur varje vårdgivare förhåller sig till patienten. Tidigare var kunskapen om vad respektive vårdgivarkategori gjorde inte känd för andra. Förståelsen för respektive specialitet och en gemensam syn, men olika vårdgivarperspektiv medför att patienten diskuteras på ett allsidigt sätt. Detta är framförallt viktigt i samband med bedömningar och i det "individuella vårdplanarbetet" (IVP).

Det sker också en kunskapsförmedling, t ex i form av observationschema och instruktioner från arbetsterapeut och sjukgymnast till sjuksköterska och undersköterska. På detta sätt integreras omvårdnaden med rehabiliterande och undersökande inslag. På motsvarande sätt sker en kompetensförmedling från primärvården till den kommunala hemtjänsten och till distriktsköterskorna, både vad gäller omvårdnad och uppmärksamhet på indikationer av slaganfall. Därmed sker kompetensförskjutningar så att kompetens tillförs i de dagliga rutinerna.



Figur: Löpande och bedömande aktiviteter i vårdkedjan

också legitimitet. Den kunskap som ifrågasattes handlade mest om ambition och normsättning, vilket hanterades inom projektgruppen.

Ett formaliserat arbetssätt är i sig styrande, men kan också skapa en tydlighet - en struktur - för vad verksamheten gör. (Se sammanställning och produktifieringsfaktorer.) Den ligger visserligen långt ifrån en renodlad produktifiering, men den utgör ändå ett sätt att definiera sjukdomsbredden, patientvariationen men framförallt ökar vårdkedjan graden av standardisering i diagnossättning och behandling.

Lindkvist och Cederholms (1994) produktifieringsfaktorer indikerar svårigheterna att produktifiera slaganfall.

- Sjukdomsbredd: Antalet aspekter som beaktas vid diagnostisering och behandling. Slaganfall är ett samlingsnamn av ett brett spektrum av skador i hjärnans blodkärl. Skadorna delas in efter art och förlopp.
- Patientvariation: Antalet möjligheter att gruppera patienter i falltyper. Slaganfallspatienter drabbas i olika grad beroende av hjärnskadans lokalisering och omfattning.
- Standardisering: Graden av standardisering i utredning och behandling (ex typoperation, mogna behandlingar). Behandling och rutiner varierar mellan i olika delar av landet.
- Resultatosäkerhet: Graden av osäkerhet i utfall av insatser. Tillståndet vid insjuknandet ger en ganska god uppfattning om patientens överlevnadsförmåga. Efter en vecka går det att göra en god prognos. Där emot är det en omöjlighet att kunna uttala sig exakt om detaljerna av förloppet.
- Akutinslag: Andelen akuta fall. Alla fall är akuta

Faktorerna visar att slaganfallspatienter har en låg grad av produktifiering. Det går därför inte att köpa - eller beställa vård av X antal slaganfall med ett å pris. Därför går det heller inte att på produktivnivå jämföra om slaganfallspatienter vårdas effektivare på Kungälvssjukhus än på andra ställen. Snarare tycks det vara så att patienterna får så mycket vård som tillgängliga resurser medger. Därför måste man mäta på aktivitets- och tidsnivå för att kunna produktifiera och därmed också göra jämförelser.

Med vårdkedjor krävs en organisatorisk inlärning. Det är ju inte så att den enskilde vårdgivaren tar med sig sin vårdkedja till det ställe han eller hon arbetar. Den professionsbaserade praxis som utvecklas, de index och checklistor som används i vårdkedjan är i många fall gemensamma inom professionen. Det är sättet att kombinera och använda länkarna i vårdkedjan som kan vara unikt och utgöra ett strukturkapital för ett sjukhus.

Vårdkedjan är med andra ord både ett sätt att öka verksamhetens strukturkapital - värdet i själva organisationen och kan vara ett instrument för att styra en tidigare otydlig process.

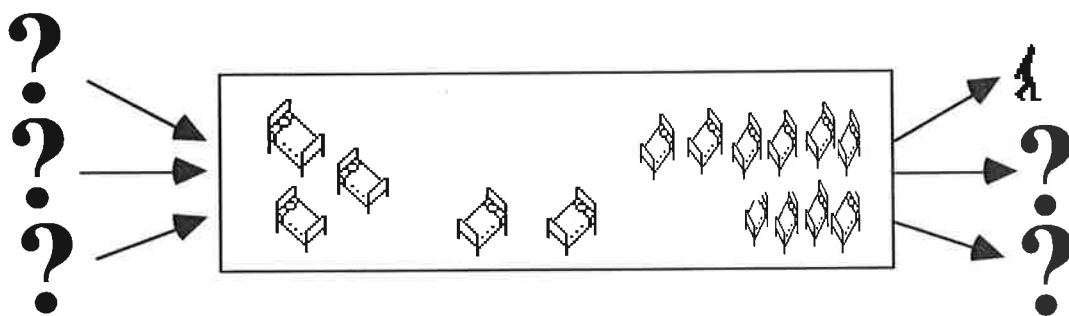
Variationer i inflöde och utflöde är ett problem i det sekventiella beroendeförhållandena av vårdplatser mellan medicinkliniken, geriatrik- och rehabiliteringskliniken och de kommunala vårdformerna. Utjämnningar kan ske med andra patientkategorier (högre volym) och genom att utnyttja andra klinikers vårdplatser. Därutöver finns inga reglermekanismer.

"Vi är fångna i ett mellanled. Kommunen har för tillfället 7 klinikfärdiga patienter, som de betalar för. Överbeläggningen medför att patienter inte kan behandlas."

Speciellt känsligt är det - som citat ovan indikerar - mellan länssjukvården och kommunerna. Enligt utsagor kan det ligga patienter i över ett halvår i avvaktan på annan vårdform.

Om det inte finns några möjligheter att påverka vårdplatserna reduceras värdet av den framförhållning som vårdkedjans formaliserade procedurer skapar. Finns det till exempel inga vårdplatser inom kommunen skapas en propp som får till följd att överbeläggningar fortplantas uppströms mot medicinkliniken. På detta sätt kommer färdigbehandlade patienter att uppta platser som är avsedda för sjuka patienter, vilket påverkar verksamheten och kvaliteten i vården.

Därmed kommer länssjukvården att hantera två typer av osäkerheter. Dels den osäkerhet som finns i inflödet och som skall hanteras av akutsjukvård och dels den som finns i utflödet. Är det sjukhusets ansvar att både se till att ta emot och att placera ut patienter efter behandling skall informationsströmmen vändas, så att sjukhuset får aktuella kommuners beläggningssituation och prognoser.



Figur: Länssjukvården hanterar osäkerhet både vad gäller tillflöde och utflöde av patienter

I detta fall kan man jämföra med industrin. (Även om det i många andra sammanhang kan vara farligt att dra sådana paralleller). Det är till

exempel inte rimligt att man lagrar färdiga produkter på "det löpande bandet", och därmed låser sådana resurser som skall användas för produktionen. För detta ändamål används lagerlokaler.

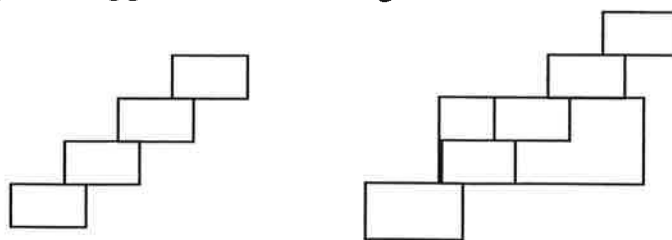
Vårdkedjan är emellertid konstruerad för att kommunerna tar över ansvaret för klinikfärdiga patienter. När det är sjukhuset som får hantera denna osäkerhet, skall ju detta påverka vårdkedjans utformning. Så är inte fallet. Denna typ av systemfel löser alltså inte en vårdkedja - hur väl den än fungerar.

Gränsen mellan länssjukvård och kommunal vård

I vårdplanen ansvarar kommunen för att patienter får en lämplig vårdform efter länssjukvården, medan det är länssjukvården som har kunskapen om patienten. Vårdplaneringens formella procedur har utvecklats och praktiserats, vilket var "nog så besvärlig" att få att fungera på ett tillfredsställande sätt. Däremot saknar den kommunala institutionsvården kunskapen - att det finns en vårdkedja och dess innehåll.

Det finns därför en risk att verksamheterna inom länssjukvården och den kommunala vården glider isär. Även om vårdkedjesynen inte är lika fruktbar inom denna typ av kommunal institutionsvård måste den verksamhetsmässiga och kompetensmässiga länken mellan länssjukvård och kommunal vård beaktas.

Till exempel kommer länssjukvårdens kunskaper om den kommunala institutionsvården att föråldras. Sker utvecklingen av de kommunala vårdformerna isolerat från länssjukvården uppstår gap och anpassningsproblem i ett senare skede. Även med ett aktivt arbete kring dessa frågor i vårdkedjan, indikerar resultaten svårigheter att sprida och skapa enhetlighet kring grundläggande filosofifrågor över administrativa gränser.



Gammal vårdnivåtrappa Ny vårdnivåtrappa

Figur: Risk finns att länssjukvården lever kvar med en föråldrad syn på den kommunala vårdnivåtrappan

Att ta emot akuta behov handlar om att skapa flexibilitet (att matcha resurser med oförutsedda behov). Det kan man göra på två sätt:

- Att endast göra resurserna tillgängliga när de behövs.
- Att utnyttja befintliga resurser till annat under väntetiden.

Ett annat sätt är att söka reducera den osäkerhet som är förenad med akut verksamhet genom att:

- Reducera variationsbredden och variationen i frekvensen av patienttillströmningen vilket kan matchas med befintliga resurser.
- Bygga upp kunskap om behov (göra statistik, bedömningar och prognoser) och försöka styra tillströmningen av patienter. I samband med att TIA (små övergående slaganfall) uppmärksammas byggs indirekt kunskaper upp om kommande behov av slaganfallsinsatser eftersom kunskaperna ökar om personerna i riskgruppen. Vårdgivarna lär på detta sätt känna personer i riskzonen vilket är viktig för behandlingen och ger ett mindre sjukhus dess stora fördelar (Hulter Åsberg 1994).

I det akuta skedet behövs beredskapsresurser för att kunna behandla patienter med slaganfall. Dimensioneringen indikerar beredskapsnivån och flexibiliteten i resursanvändningen indikerar hur resurserna kan användas under beredskapen.

Den naturliga drivkraften är att skapa flexibla akutresurser, som kan göra annat under beredskapen - det vill säga att skapa en kompetensbredd för att kunna hantera olika sjukdomar. I processynen behandlas till exempel inte "vad enheten för slaganfall skall göra när det inte kommer några slaganfallspatienter". Därför kan inte en vårdkedja betraktas isolerat från den övriga verksamheten. Den utgör en verksamhetsdel som skall passa sjukhusets övriga uppgifter.

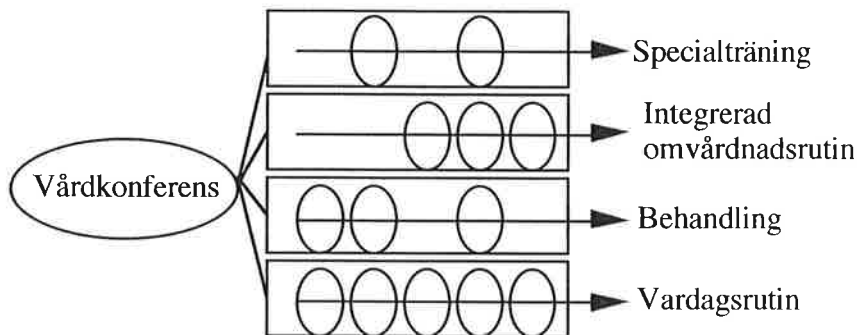
Förstärkt samordning - men brister i anpassningar

Med vårdkedjor förstärks samordningen. De efterföljande leden - efter det akuta skedet - får en bättre framförhållning med det planerade förfarings-sättet. Det dimper inte bara ned en patient - utan man vet på förhand att det kommer nya patienter.

6. Vårdkedjans begränsningar

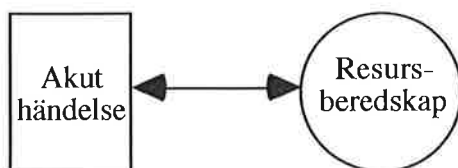
Det akuta skedet - ej en fråga om process utan flexibilitet

Det logistiska synsättet i vårdkedjan skall skapa effektiva patientflöden. Vårdkedjan har som vi kunnat notera förstärkt samordningen i och mellan länkarna i vården.



Figur: Vårdkedjan förbättrar samordning i sekventiella och parallella aktiviteter

Däremot finns förhållanden som en vårdkedja inte hanterar. Slaganfall är till sin natur akuta, vilket innebär att patienten snabbt skall behandlas. Det går inte att planera slaganfall. Det akuta skedet är akut i dess rätta bemärkelse. När en akut händelse inträffar behövs resurser sättas in, ungefär på liknande sätt som inom räddningstjänst, röda korset, militären etc. Teknologin är alltså uppbyggd utifrån en matchningslogik, snarare än logistiska flöden. Därför kan det till exempel vara svårt att jämföra vårdkedjor utan att dess underliggande teknologi beaktas.



Figur: Matchande teknologi kräver flexibilitet

7. Sammanfattning och resultat

Vårdkedjan är en lösningssidé som bygger på att förbättra integrationen inom länssjukvård och primärvård. Dock har inte integrationen mellan olika vårdgivarkategorier fokuserats annat än att i lösningstermer tala om speciella organisatoriska enheter för slaganfall (Olsson 1992, HSN 1994, SBU 1992).

Det flödesorienterade synsättet på vårdkedjor bygger på en systemteoretisk grund. Detta synsätt kan förklara vårdkedjans möjligheter att få till stånd samordningsmekanismer mellan organisatoriska enheter. Ett aktörsynsätt kan förklara vårdkedjans effekter på kompetensstrukturen och dess effekter på samordningen och integrationen mellan olika specialiteter och vårdgivarkategorier.

Med tanke på det fokus som vårdkedjor har inom sjukvården torde förväntningarna på att finna lösningen med ett stort L vara höga. Vårdkedjor kan vara en lösning där vården har en underliggande sekventiell teknologi. För vård som bygger på en matchningsteknologi torde vårdkedjan snarare vara ett sätt att skapa lämpliga kompetensstrukturer än färdiga lösningar.

Vilka problem löser vårdkedjan och vad löser den inte?

Vårdkedjan kan i ett systemteoretiskt perspektiv samordna patientflöden med formaliserade procedurer eller organisatoriska lösningar. Den ger också en kvalitetssäkring genom att begränsa variationsbredden i behandlingen.

Vårdkedjan stärker identiteten och skapar en tydlighet i olika roller vilket underlättar samordningen mellan olika vårdgivarkategorier.

Vårdkedjan löser länkning till den kommunala vården. Vårdkedjans mätinstrument i form av olika index torde kunna användas både för utveckling av vårdprogram och vårdformer och i administrativa sammanhang för kostnadsersättningar.

Det finns också problem som vårdkedjan inte löser. Dessa begränsningar indikerar vilka problem vårdkedjeidén inte beaktat, snarare än att den är en begränsning i sig. Vårdkedjan har inte

- identifierat och löst s k systemfel vad gäller hanteringen av den osäkerhet som är förknippad med in- och utflödena av patienter.
- bidragit till att samordna den innehållsmässiga vården mellan kommunal vård och länsjukvård.
- fungerat som ett rationaliseringsinstrument för att eliminera dubbelringar av aktiviteter mellan länsjukvård, primärvård och kommunal vård.

Däremot skulle vårdkedjan kunna användas som ett instrument för dessa ändamål, eftersom dess logik är utvecklad för att identifiera dessa problem.

Vilka samordningsformer dominerar i vårdkedjan?

Vårdkedjan är ett medel att hantera patientövergångar i sekventiella flöden med formaliserade rutiner. Den skapar klarare administrativa gränser, samtidigt som den är ett medel för att samordna verksamheterna över gränserna genom formella förfaringssätt. Det är en konkret och tydlig funktion i en vårdkedja.

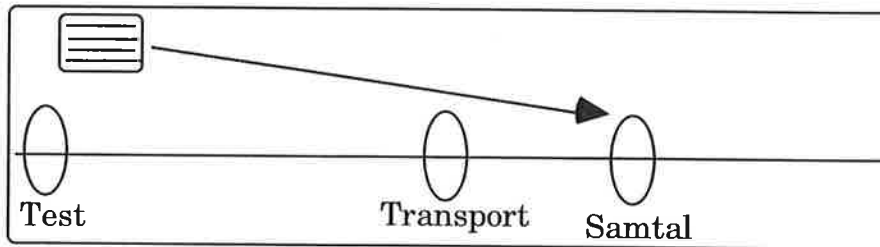
Tydligheten finns också i arbetsfördelning och samordning inom vårdkedjans länkar mellan olika vårgivarkategorier. Denna typ av samordning bygger emellertid på att en gemensam referensram och gemensamma värderingar utvecklas. Denna mer professionsbaserade utveckling med en standardisering av kompetensen underlättar kommunikationen och skapar realistiska förväntningar i det dagliga arbetet.

Vidare har vårdkedjan skapat en ökad medvetenhet om hela vårdprocessen och behovet av framförhållning. Man agerar enligt överenskomna rutiner.

På vilket sätt påverkar vårdkedjan kompetensfördelningen?

Vårdkedjan är ett sätt att öka sjukhusets strukturkapital genom att den utvecklar kompetens som mer är knuten till organisationen än till individen. Emellertid är instrumenten (checklistor, index etc) i vårdkedjan relativt väl etablerade inom professionerna. Genom att mötesformer och arbetssättet

Däremot finns det andra till exempel dubblerade aktiviteter i form av ADL-bedömningar, administrativa rutiner och hjälpmedel där det kunde räcka om en enhet genomförde uppgiften. Alternativt kunde procedurer utformas i ett kunskapsförmedlande syfte, där länssjukvårdens patientkunskaper kunde förmedlas i integrerade aktiviteter där anhöriga, primärvård och kommunal institutionsvård deltog. Därmed skulle antalet dubblerade funktioner reduceras.



Figur: Exempel på integrerade aktiviteter

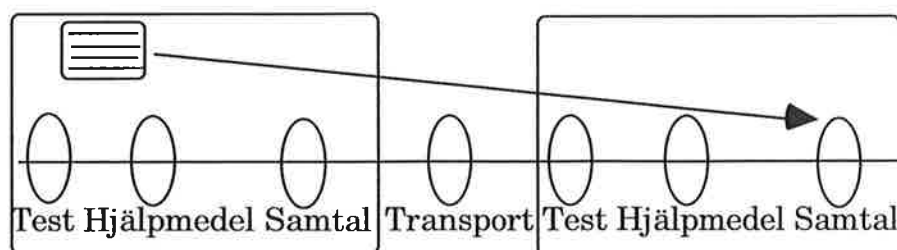
Vårdkedjan är ett stöd för att hantera övergångarna och för att fatta beslut om rätt vårdnivå. Vårdkedjan blir i detta sammanhang en kvalitetssäkring av etablerade övergångar. Däremot är den inte något rationaliseringsinstrument som reducerar transaktionskostnaden.

Ledarskapet och de enskildas initiativ kan förhindra att verksamheterna glider isär. Ledarskapet kan stimulera kunskapssökning respektive kunskapsförmedling. Initiativ hos berörda vårdgivare kan lägga grunden för en gemensam referensram. I detta avseende - vad gäller samordningen av verksamheternas innehållsmässiga utveckling - har inte vårdkedjan fått den samordnande funktionen, som den egentligen skulle kunna ha.

Dubbleringar av funktioner

I samband med att patienter flyttas mellan kliniker och mellan länssjukvård och kommunal vård uppstår en sk transaktionskostnad. En typ av analys bygger på att jämföra och ifrågasätta dubblade aktiviteter, en annan är arbetsfördelningen mellan organisationerna och en tredje typ av analys är aktiviteter som är direkt förknippade med förflyttningen som till exempel transporter.

Vid varje övergång finns ett avskedsförfarande och ett mottagningsförfarande där personal, patient och anhöriga både skall lära känna varandra och få kunskaper om personens sjukdom och handikapp. Denna kostnad kan också ses som ett led i att träna patienten att möta nya människor och miljöer. Det är alltså ingen självklarhet att dubblade aktiviteter vid en övergång enbart är förknippad med en kostnad som man får "ta" för att hålla en viss kompetensprofil.



Länssjukvårdens ansvar

Kommunala vårdens ansvar

Figur: Exempel på dubblade aktiviteter

arbetats in i verksamhetens dagliga rutiner har denna kunskap institutionaliserats. Den blir mer eller mindre tagen för given.

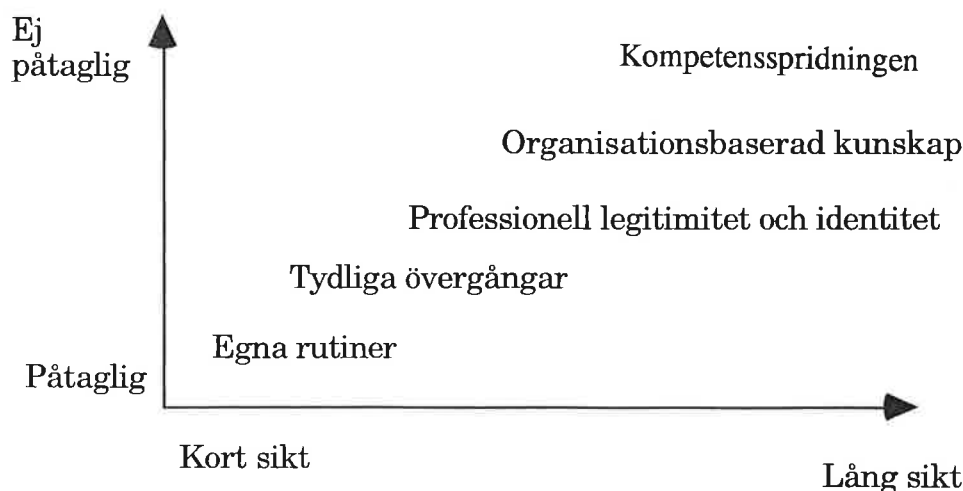
Vårdkedjan har ökat kompetensspridningen mellan vårdgivarkategorierna. Genom att arbeta i team och genom att olika vårdgivare beskriver hur de behandlar slaganfall ökar kompetensspridningen mellan vårdgivarna. Mötena med patienten blir mindre specialiserade. Däremot behövs vårdgivarspecialiseringen för bedömningsaktiviteterna - till exempel när de individuella vårdplanerna görs upp.

Tecken finns också att vårdkedjan bidragit till att kompetensen förstärks i omvårdnadsarbetet. Det kan vara ett första embryo till att utveckla kompetensstrukturer anpassade till nya vårdformer.

Vårdkedjan - ett kompetensspridningsarbete

Till de positiva effekterna skall läggas att det inte finns några uppenbara uttalade negativa erfarenheter i form av till exempel begränsningar, ökad styrning och hämmande för kreativiteten. Vårdkedjan har fått ett genomslag utifrån personers vilja att ta till sig kedjan, medan de formaliserade procedurerna har bestämts genom överenskommelser. Genomslaget har inte byggts på diktat.

Dessa effekter skulle kunna sammanfattas i en figur där de systemorienterade effekterna utgör de mer påtagliga och kortsiktiga, medan aktörseffekterna inte är så påtagliga, men torde få störst betydelse på sikt.



Slutsatsen är att utvecklingen av vårdkedjan endast på kort sikt kan betraktas som ett ingenjörsmässigt konstruktionsarbete. På längre sikt torde vårdkedjans effekter snarare vara förknippade med ett kompetensspridningsarbete med överenskomna formaliserade inslag. Därför kan analogierna och metoderna snarare hämtas från pedagogiken än från logistiken.

Sammanfattningsvis kan en vårdkedja betraktas som en komponent för att förbättra en befintlig verksamhet. Den skapar inte någon revolution - men det kanske heller inte är meningen - utan det är ett sätt att successivt förbättra verksamheten, både administrativt och medicinskt. Den eliminerar strul och misstag, klargör och skapar normer och identiteter. På sikt kan den utgöra ett underlag för att öppna upp kunskap och därmed också vara ett sätt att utveckla kompetens i och mellan professionerna. Här torde vårdkedjan ha den största potentialen.

För att vårdkedjan skall få strategiska effekter på sjukvårdens innehåll och fördelning mellan olika enheter behövs en samordning på huvudmannanivån. Då finns förutsättningar för en ökad spridning av den kompetens som finns inbyggd i vårdkedjan så att den följer patienten över denna gräns på ett djupare plan än genom en formaliserad överlämningsprocedur.

Referenslista

Andersson, M., 1995

"Slaganfall - utvecklingsarbete i Mellersta Bohuslän", Kungälv's Sjukhus

Champy, J., Hammar, M., 1994

"Reengineering the Corporation", ISL-förlag, Göteborg

Hallert, C., Stahre, B., 1995

"Sammanhållen vård bättre effektivitet", Läkartidningen, vol 92, nr 12

Hedberg, B., m fl, 1994

"Imaginära Organisationer", Liber, Malmö

HSN-Staben, 1995

"Patientflöden", Strukturrapport nr 7, Stockholm läns Landsting

Hulter Åsberg, K., 1995

"Varför behöver Sverige de mindre sjukhusen?", i "Hur skall sjukvården räcka åt alla", Landstingsförbundet, Stockholm

Indredavik, B., m fl, 1991

"Benefit of a Stroke unit: A Randomized controlled trial", Stroke, vol 22

Lindkvist, L., Cederholm, L., 1994

"Styrförutsättningar och kontraktsmöjligheter" i Jacobsson, B., red.
"Organisationsexperiment i kommuner och Landsting, Nerenius & Santerus
Förlag, Stockholm

Mintzberg, H., 1983

"Structures in Fives - Designing effective Organizations", Prentice Hall,
N Y

Olsson, B., 1992

"Omhändertagandet av Strokepatienter inom Hälso- och sjukvården samt
socialtjänsten", Socialstyrelsen, Stockholm

SBU, 1992

"Slaganfall", Stockholm

Slaganfall - Vårdprogram för Mellersta Bohuslän, 1994
"Slaganfall", Kungälv

Strand, T., m fl, 1986

**"Stroke unit care - who benefits? Comparisons with general medical care
in relation to prognostic indicators on admission. Stroke, vol 1**