

SAMVERKAN MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH LÄNSSJUKVÅRD

**Rapport på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i landstinget
Dalarna**

**2004-10-12
Helseplan Sverige AB**

**Konsult
Frank Pfeiler**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

0.	Sammanfattning	3
1.	Inledning	5
1.1	Uppdrag	5
1.2	Utgångspunkter	5
2.	Samverkan i Dalarna	6
2.1	Vårdkonsumtionsmönster	6
2.1.1	Vårdkonsumtionsmönster, diskussion	10
2.2	Utformningen av vården	11
2.3	Samverkan i ett ledningsperspektiv	11
2.4	Konsultverksamhet	12
2.5	Remisser	12
2.6	Vårdprogram / motsvarande	13
2.7	Övrigt	13
3.	Avslutande kommentarer och rekommendationer	14

0. Sammanfattning

Landstingets revisorer i Dalarna har gett i uppdrag till Helseplan Sverige AB att genomföra en granskning av samverkan mellan länssjukvård och primärvården. Några viktiga fokusområden har varit att se på vilken strukturerad samverkan som förekommer, vilket stöd som ges till primärvården samt att ge genom att se på skillnader i vårdkonsumtionsmönster få viktiga indikatorer på grad och inriktning av samverkan.

Nedan sammanfattas de observationer som gjorts under studien. För en mera fyllig beskrivning och diskussion hänvisas till rapporten.

Redovisningen av vårdkonsumtionsmönster visar tydligt på att det föreligger stora skillnader mellan kommunerna i landstinget beträffande vem som främst tillgodoser efterfrågan av läkarbesök. En slutsats av skillnaderna är att arbetsfördelningen/samverkan mellan primärvården och länssjukvården varierar mycket i olika delar av landstinget. Det torde kunna ligga ett betydligt intresse i att utreda och diskutera de underliggande faktorerna till dessa skillnader. En fråga som blir aktuell är vad det är som gör att primärvården klarar en större del av sjukdomspanoramata inom vissa geografiska områden? Är det en önskvärd utveckling och vad ställer det i så fall för krav på resten av landstingets sjukvårdsresurser t ex i form av stöd av olika slag till primärvården.

Under en lång följd av år har olika specialiteter inom vården subspecialiserats. Utvecklingen att man fördjupar kunskapen inom olika specialiteter är naturligtvis positiv. En konsekvens av detta som upplevs som negativ av primärvården är dock att det ställer allt högre krav på dem att utreda så långt att de mera precist kan avgöra vilken subspecialist patienter ska remitteras till alternativt vem man ska konsultera. Vi det som naturligt och önskvärt att strukturen på utbudet av subspecialiteter på enskilda kliniker är en fråga som bör dryftas i bredare fora än enbart på aktuella kliniker.

De flesta vi intervjuade menade att frågor rörande specificering av uppdrag, verksamhetsutveckling och samverkan fått en mera undanskymd roll i jämförelse med för ca 10 år sedan. Det efterlystes ledningsinitiativ i dessa frågor. Det framhövdes att samverkan inte alltid uppstår med automatik mellan olika kliniker och vårdcentraler, det krävs ett ledningsengagemang.

Det finns ett önskemål från primärvården att få tillgång till konsulter från vissa kliniker, detta varierar naturligtvis mellan olika vårdcentraler. Syftet är att man skulle kunna få en kunskapsöverföring som för med sig positiva effekter. Dessutom innebär regelbunden konsultverksamhet att man får kännedom om organisationskulturer och därmed förståelse för varandras arbetssätt på vårdcentraler respektive olika kliniker. Vi rekommenderar att primärvården och de aktuella klinikerna gemensamt diskuterar formerna för eventuell konsultverksamhet. Vi tror att länssjukvårds- och närsjukvårdsledningarna måste stödja dessa processer eftersom konsultverksamhet kan betyda att man måste prioritera ned andra uppgifter.

I rapporten pekas på ett antal områden kring remissflödena som kan utvecklas. Vi rekommenderar att uppkomna frågeställningar beträffande remisser blir föremål för gemensamma diskussioner mellan de olika klinikerna och primärvården.

Det finns ett flertal landstingsgemensamma vårdprogram som uppskattas. Vi anser att den positiva utvecklingen av vårdprogram bör uppmuntras och att länssjukvårds- och närsjukvårdsledningarna bör föra en aktiv dialog med de olika medicinska tvärgrupperna om det finns flera lokala vårdprogram som bör bli landstingsgemensamma.

Det framkom att det finns behov att skapa vårdkedjebeskrivningar för olika grupper av patienter. En grupp som särskilt nämndes var äldre. Enligt vår mening bör länssjukvårds- och närsjukvårdsledningarna tillsammans med de medicinska tvärgrupperna inventera behov av vilka fler områden som kan bli föremål för gemensamma vårdkedjebeskrivningar.

De vi intervjuade insåg potentialen i ökad samverkan och hade också en positiv inställning till att bidra för en förbättring. Ett problem ansågs vara att det inte fanns några bra och naturliga fora för möten mellan verksamhetschefer inom länssjukvården och medicinska företrädare för primärvården, vilket leder till brist på förståelse och kunskap om aktuell utveckling inom varandras områden. Flera ansåg att mycket av problematiken bottnade i okunskap om varandras arbete.

RAPPORT ÖVER SAMVERKAN MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH LÄNSSJUKVÅRD

1. Inledning

1.1 Uppdrag

Landstingets revisorer i Dalarna har gett i uppdrag till Helseplan Sverige AB att genomföra en granskning av samverkan mellan länssjukvård och primärvården. Några viktiga fokusområden har varit att se på vilken strukturerad samverkan som förekommer, vilket stöd som ges till primärvården samt att ge genom att se på skillnader i vårdkonsumtionsmönster få viktiga indikatorer på grad och inriktning av samverkan.

Intervjuer har genomförts med företrädare för primärvården i sektorerna Västerbergslagen samt Falun och deras kontakter med aktuella länssjukvårdskliniker inom specialiteterna ortopedi, medicin samt psykiatri.

1.2 Utgångspunkter

Patienter som söker kontakt med vården kommer först oftast i kontakt med primärvården, över 50 % av alla läkarbesök i landstinget Dalarna sker i primärvården. Det är när primärvården anser att patienter behöver komma i kontakt med andra vårdgivare i landstinget som behov av samverkan med länssjukvården uppstår, både när patient remitteras till annan vårdgivare och när patienten eller resultatet av länssjukvårdens insatser återförs till primärvården. Samverkan är också att använda konsultativa arbetsformer av olika slag.

Samverkan kan egentligen betecknas som öppen och tydlig *arbetsfördelning* mellan olika vårdgivare i landstinget. Denna arbetsfördelning kan avse patienter med bestämda diagnoser eller olika grupper av patienter. Avsaknaden av en arbetsfördelning, dvs att varje vårdgivare i vårdkedjan vet vem som ska göra vad i olika lägen, innebär att sannolikheten är mycket stor för missförstånd och olika förväntningar. Detta leder enligt våra erfarenheter oftast till ökad resursåtgång för landstinget genom att kraft binds i gränsfallsdiskussioner som grundar sig på de olika parternas utgångspunkter. För patienten kan resultaten t ex bli att man onödigtvis skickas mellan olika vårdgivare.

Nedanstående 4 utgångspunkter utgör hörnstenarna i vår ansats.

1. LEON principen

De flesta sakkunniga delar vår uppfattning att det är önskvärt att problem åtgärdas så tidigt som möjligt, dvs att patienter vandrar mellan så få vårdnivåer som möjligt. Detta brukar kallas att patienten tas om hand på lägsta effektiva omhändertagande nivå. Detta innebär i princip att det är önskvärt att organisationen bör arbeta för att så stor del av problematiken som möjligt bör hanteras inom primärvården. Detta innebär naturligtvis inte att alla typer av problematik lämpar sig för att tas hand om av primärvården.

2. Samverkan har effekt

Vår utgångspunkt är att välfungerande samverkan hjälper till att hantera problem tidigare i vårdkedjan.

3. Effektivitet

Tydligare arbetsfördelning/samverkan innebär i de flesta fall mera resurseffektiva vårdprocesser eftersom alla aktiviteter när patienter byter vårdnivåer medför transaktionskostnader inom både länssjukvård och primärvård. För patienterna torde det vara en större kvalitet att så mycket problematik som möjligt blir åtgärdad hos samma vårdgivare.

4. Krav på tydlighet

All erfarenhet visar att olika typer av organisatoriska grepp inte kan bygga på att olika befattningshavare i olika delar av organisationer spontant söker samverkan. Samverkan kräver att det blir en tydlig och handfast formulerad verksamhetsuppgift som dokumenteras och följs upp. Ledningsstöd och intresse är en absolut nödvändighet.

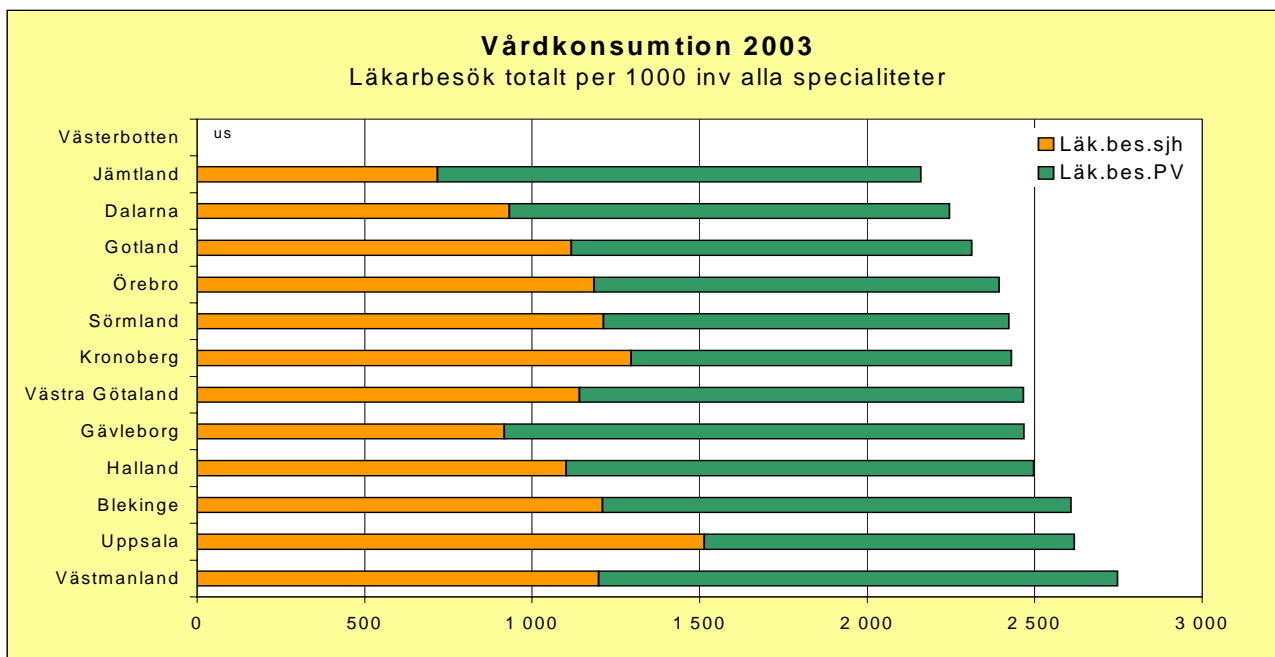
2. Samverkan i Dalarna

2.1 Vårdkonsumtionsmönster

I detta avsnitt redovisas vårdkonsumtionsmönster på länsnivå och kommunnivå i Dalarna. Vårdkonsumtion hänger samman med samverkan genom att skillnader i konsumtionsmönster kan indikera skillnader i medicinsk praxis, oftast liktydigt med skillnader i arbetsfördelning mellan olika vårdaktörer.

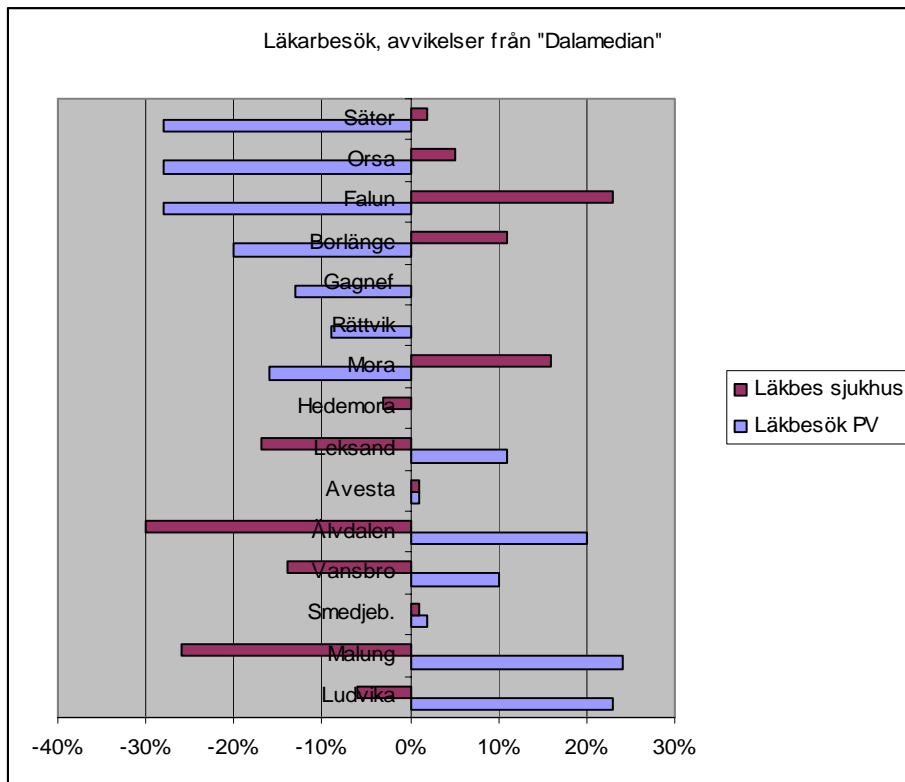
I figur 1 visas läkarbesök i landstinget Dalarna jämfört med ett antal andra landsting. Jämförelsen avser år 2003.

Figur 1



Av figuren framgår att invånarna i landstinget Dalarna konsumerar förhållandevis lite läkarbesök inom sjukhusvården. Inom primärvården är konsumtionen genomsnittlig i relation till de andra landstingen i jämförelsen.

I figur 2 visas fördelningen av läkarbesök på kommunnivå i Dalarna för primärvård samt inom den somatiska sjukhusvården. Figuren visar avvikelsen från "Dalamedian" för läkarbesök inom primärvården samt den somatiska sjukhusvården.



Figur 2

Figur 2 visar att vårdbehovet möts på mycket olika sätt mellan de olika kommunerna i Dalarna. I kommunerna Falun, Mora och Borlänge konsumerar invånarna mest lasarettsvård i Dalarna, det är också kommuner med lasarett. I kommunerna Älvdalen och Malung förbrukar invånarna minst lasarettsvård och primärvården tar en större del av sjukdomspanoramata.

I tabell 1 visas antal läkarbesök totalt, antal läkarbesök inom primärvården samt andelen läkarbesök som konsumeras inom primärvården.

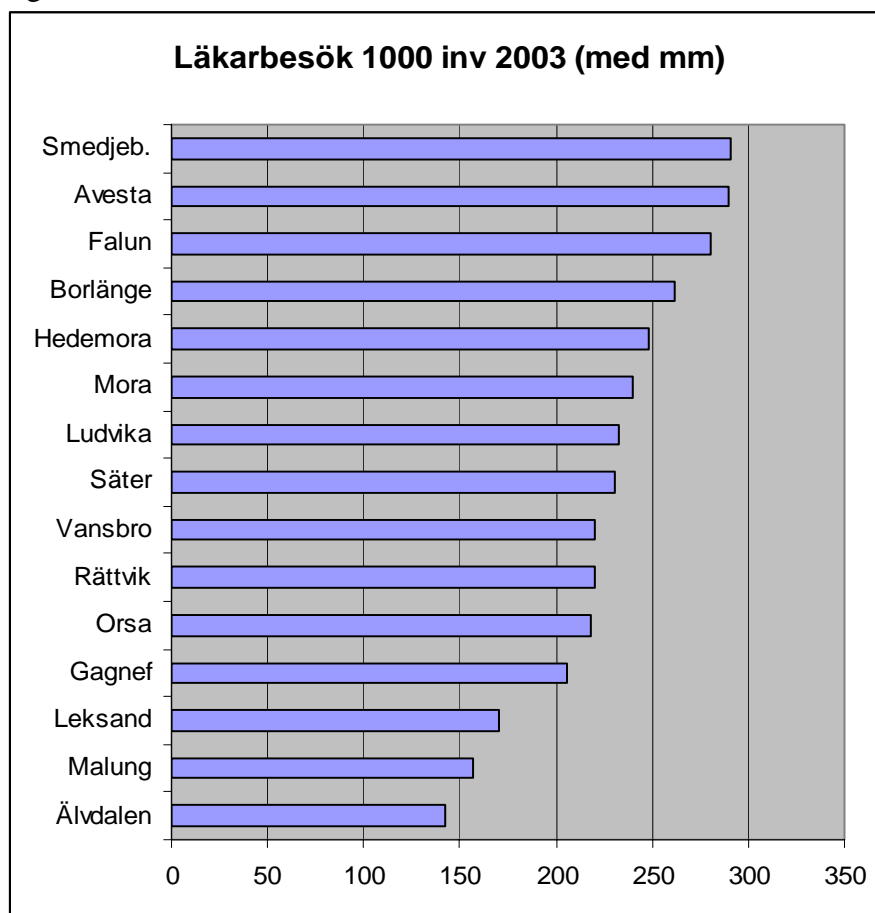
Tabell 1: Läkarbesök totalt och inom primärvården år 2003.

	Besök totalt	Antal PV bes	Andel PV
Ludvika	2550	1758	69%
Malung	2390	1770	74%
Smedjeb.	2313	1460	63%
Vansbro	2303	1580	69%
Älvdalen	2302	1712	74%
Avesta	2292	1446	63%
Leksand	2284	1584	69%
Hedemora	2244	1431	64%
Mora	2176	1201	55%
Rättvik	2143	1306	61%
Gagnef	2084	1243	60%
Borlänge	2078	1144	55%
Falun	2064	1028	50%
Orsa	1916	1031	54%
Säter	1896	1034	55%

Tabell 1 visar att såväl det totala antalet besök som konsumeras samt andelen inom primärvård varierar starkt. I sektor Falun (Falu kommun) är självförsörjningsgraden 50% och i Västerbergslagen (kommunerna Ludvika och Smedjebacken) är den 69 % respektive 63 %.

I figur 3 visas antalet läkarbesök per 1000 invånare år 2003 inom alla specialiteter inom det medicinska området exklusive barn- och ungdomsmedicin och allmän onkologi.

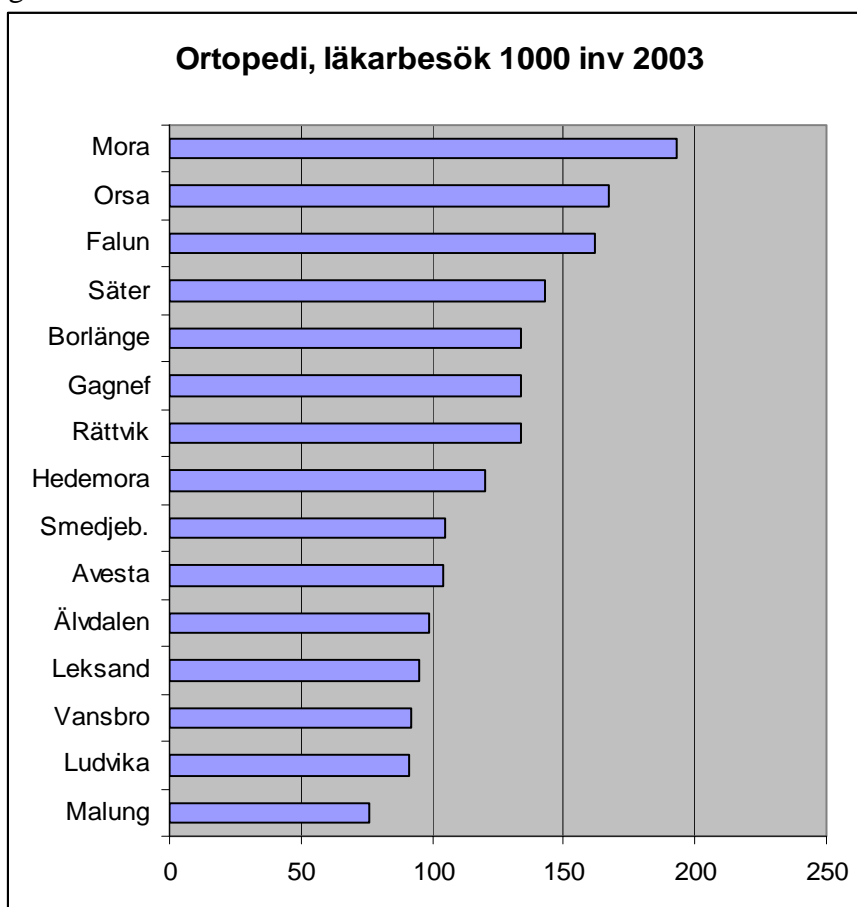
Figur 3



Figur 3 visar att variationen är stor mellan invånarnas konsumtion av läkarbesök på sjukhus inom området medicin. Invånarna i kommunerna i vårt urval inom sektor Falun samt sektor Västerbergslagen konsumerar mera än invånaren i mediankommunen.

I figur 4 visas antalet läkarbesök per 1000 invånare år 2003 inom ortopedi.

Figur 4



Figur 4 visar att variationen är stor mellan invånarnas konsumtion av läkarbesök inom ortopedin. Konsumtionen av ortopedi i kommunerna i vårt urval skiljer sig åt. Invånarna i sektor Falun konsumerar relativt mycket ortopedi. Invånarna i sektor Västerbergslagen konsumerar däremot lite öppenvårdsortopedi.

I den befintliga besöksstatistiken för psykiatri finns fortfarande vissa brister varför denna ej redovisas.

2.1.1 Vårdkonsumtionsmönster, diskussion

Redovisningen visar tydligt på att det föreligger stora skillnader mellan kommunerna i landstinget beträffande vem som främst tillgodoser efterfrågan av läkarbesök. Detta beror säkerligen på ett flertal olika faktorer och en fullständig analys och kvantifiering av samtliga orsakssamband faller ej innanför ramen av denna studie. Ett samband som dock synes vara tydligt är att invånarna på vissa lasarettsorter i större utsträckning får vård på lasarett än invånare där det geografiska avståndet till lasarett är större.

En slutsats av skillnaderna är att arbetsfördelningen/samverkan mellan primärvården och länssjukvården varierar mycket i olika delar av landstinget. Det torde kunna ligga ett betydligt

intresse i att utreda de underliggande faktorerna till dessa skillnader. En fråga som blir aktuell är vad det är som gör att primärvården klarar en större del av sjukdomspanoramata? Är det en önskvärd utveckling och vad ställer det i så fall för krav på resten av landstingets sjukvårdsresurser t ex i form av stöd av olika slag till primärvården.

Invånarna i landstinget Dalarna har en relativt låg konsumtion av läkarbesök totalt, men en andelsmässigt stor andel i primärvården. Detta torde få till konsekvens att kraven blir stora på samverkan mellan länssjukvård och primärvård för att på bästa sätt kunna klara det gemensamma uppdraget.

2.2 Utformningen av vården

Under en lång följd av år har olika specialiteter inom vården subspecialiserats. Inte minst har detta varit fallet inom det internmedicinska området men också inom de opererande specialiteterna har denna utveckling varit tydlig. Detta har fått till följd att mera allmänna internmedicinare, ortopedier, kirurger etc har blivit allt färre.

Utvecklingen att man fördjupar kunskapen inom olika specialiteter är naturligtvis positiv. En konsekvens av detta som upplevs som negativ av primärvården är dock att det ställer allt högre krav på dem att utreda så långt att de mera precist kan avgöra vilken subspecialist patienter ska remitteras till alternativt vem man ska konsultera. Avståndet mellan allmänmedicinaren på vårdcentraler och alltmera subspecialiserade läkare på sjukhusen blir allt större.

Vi anser att man bör bejaka synen att det ska utformas ett utbud vård som verkar samman kring det gemensamma uppdraget, att möta patienten. Därför ser vi det som naturligt att strukturen på utbudet av subspecialiteter på enskilda kliniker är en fråga som bör dryftas i bredare fora än på aktuella kliniker.

2.3 Samverkan i ett ledningsperspektiv

Vården består av mängd olika processer mellan olika kliniker. Exempel är processer mellan primärvård och länssjukvårdskliniker, mellan vårdcentraler och radiologi mm. I alla dessa processer vandrar patienter, eller prover på patienter, mellan olika enheter.

Vården i Dalarna är traditionellt organiserad i olika kliniker, vårdcentraler etc. Varje klinik, vårdcentral etc har sin egen verksamhetsplan i vilka målen fastställs. Enligt intervjuerna formuleras verksamhetsmålen i termer av antalet besök, antal operationer etc.

Samtliga intervjuade såg nyttan och potentialen i att utveckla samverkansformer mellan primärvård och länssjukvård. Dock betonade de flesta att frågor rörande specificering av uppdrag, verksamhetsutveckling och samverkan tvärtom fått en mera undanskymd roll i jämförelse med för ca 10 år sedan. Det efterlystes ledningsinitiativ i dessa frågor. Det framhövs att samverkan inte alltid uppstår med automatik mellan olika kliniker och vårdcentraler, det krävs ett ledningsengagemang.

Enligt vår mening är utvecklingen sådan att landstinget bör diskutera vad som ska vara verksamhetsmålen för olika kliniker. Vi menar att utvecklingen medför att det bör tas tydligare initiativ för att fokusera på helhetsnyttan. Detta innebär att ledningsinitiativ bör tas mellan länssjukvården och närsjukvården för att öka medvetandet att samverkan är en kärnverksamhet, vid sidan av egen patientverksamhet, som bör tilldelas resurser. De olika klinikernas konsultativa roll bör diskuteras, utvecklas och följas upp. Ansvar för att så sker åligger ledningsnivåerna men den praktiska utformningen bör ske lokalt i samförstånd mellan verksamhetsföreträdare för primärvård och länssjukvård.

2.4 Konsultverksamhet

Konsultverksamhet mellan länssjukvård och primärvård förekommer på många håll i landet. De två typer som finns är dels konsultverksamhet som innebär att läkare från länssjukvårds-kliniker regelbundet besöker vårdcentraler dels primärvårdskonsulter på kliniker.

Psykiatrin i sektor Västerbergslagen håller på att starta upp konsultverksamhet till primärvården och psykiatrin i sektor Falun diskuterar att starta konsultverksamhet på en vårdcentral. I övrigt förekommer ingen regelbunden konsultverksamhet till primärvården i de båda studerade sektorerna. Enligt uppgift har det tidigare förekommit konsultverksamhet men denna har upphört. Primärvårdskonsulter finns inte på studerade kliniker.

Det finns ett önskemål från primärvården att få tillgång till konsulter, detta varierar naturligtvis mellan olika vårdcentraler. Syftet är att man skulle kunna få en kunskapsöverföring som för med sig positiva effekter. Dessutom innebär regelbunden konsultverksamhet att man får kännedom om organisationskulturer och därmed förståelse för varandras arbetssätt på vårdcentraler respektive olika kliniker.

Vi rekommenderar att primärvården och de aktuella klinikerna gemensamt diskuterar formerna för eventuell konsultverksamhet. Vi tror att länssjukvårds- och närsjukvårdsledningarna måste stödja dessa processer eftersom konsultverksamhet kan betyda att man måste prioritera ned andra uppgifter.

2.5 Remisser

Primärvården skriver remisser till länssjukvården när man har frågeställningar eller anser att patientens tillstånd kräver en typ av behandling som man ej kan ge på vårdcentralen.

En vanlig tvistefråga mellan primärvården och kliniker brukar vara hur fullständiga remisserna måste vara, vilka undersökningar och provsvar som måste bifogas remissen. Detta fungerar enligt uppgift relativt bra genom att primärvården genom erfarenhet lärt sig vad olika kliniker kräver. Däremot är det enligt uppgift endast en klinik som dokumenterat sina krav i detta hänseende.

Länssjukvården anser att frågeställningarna i primärvårdens frågeställningar oftast är tydliga och adekvata.

De remissvar som primärvården får från länssjukvården varierar enligt uppgift mycket i tydlighet. Inom primärvården upplever man från vissa kliniker en utveckling mot att man inte får tydliga svar på sina frågor utan kopior på journalanteckningar utifrån vilka man själv får dra slutsatser.

En tydlig praxisförändring som primärvården märker beträffande remissvar är att flera länssjukvårdskliniker avgränsat sig. Praktiskt medför detta att primärvården på frågeställningar upplever sig få ett svar som bekräftar eller inte bekräftar misstanken i frågeställningen. Skillnaden i praxis är att förut upplevde primärvården att länssjukvården själva gjorde angränsande undersökningar om misstanken i frågeställningen inte kunde bekräftas, vilket man nu ensidigt har avgränsat sig från.

Vi rekommenderar att uppkomna frågeställningar beträffande remisser blir föremål för gemensamma diskussioner mellan de olika klinikerna och primärvården.

2.6 Vårdprogram/motsvarande

I landstinget finns ett flertal olika landstingsgemensamma vårdprogram, dvs riktlinjer för behandling av patienter med olika problematik såsom diabetes, hjärtsvikt, stroke mfl. Dessa finns utlagda på landstingets intranät och anses fungera bra.

Förutom de landstingsgemensamma vårdprogrammen finns lokala vårdprogram vid de olika lasarett. Vid en sammanställning från t ex Mora lasarett som vi tagit del av finns ca 40 lokala vårdprogram samt en sammanställning över vilka ytterligare vårdprogram som anses vara behövliga.

Enligt uppgift utvecklas de landstingsgemensamma vårdprogrammen ofta ur lokala vårdprogram. Vi anser att den positiva utvecklingen av vårdprogram bör uppmuntras och att länssjukvårds- och närsjukvårdsledningarna bör föra en aktiv dialog med de olika medicinska tvärgrupperna om det finns flera lokala vårdprogram som bör bli landstingsgemensamma.

Vid intervjuerna framkom att det finns behov att skapa vårdkedjebeskrivningar för olika grupper av patienter. En grupp som särskilt nämndes var äldre, i sektor Falun pågår ett speciellt projekt kring detta kallat "Kersti" mellan primärvården, medicinkliniken och kommunen. Enligt vår mening bör länssjukvårds- och närsjukvårdsledningarna tillsammans med de medicinska tvärgrupperna inventera behov av vilka fler områden som kan bli föremål för gemensamma vårdkedjebeskrivningar.

2.7 Övrigt

Vid våra intervjuer framkom att det fanns behov av att klargöra enskilda viktiga rutiner mellan vissa kliniker och primärvården. De rutiner som främst nämndes var sjukskrivningar samt hanteringen av utskrivningsklara patienter.

De vi intervjuade insåg potentialen i ökad samverkan och hade också en positiv inställning till att bidra för en förbättring. Ett problem ansågs vara att det inte fanns några bra och naturliga fora för möten mellan verksamhetschefer inom länssjukvården och medicinska företrädare för primärvården, vilket leder till brist på förståelse och kunskap om aktuell utveckling inom varandras områden. Flera ansåg att mycket av problematiken bottnade i okunskap om varandras arbete.

3. Avslutande kommentarer och rekommendationer

Ett mål med hälso- och sjukvården som ofta framhävs är att patienten skall vara i fokus. Patienten vänder sig till hälso- och sjukvården för att få aktuell problematik åtgärdad, vilka kliniker som blir inblandade är av underordnad betydelse. Denna idealbild, att vården smidigt grupperas kring patienters problematik, motarbetas rent organisationsteoretiskt av att vården av praktiska skäl valt att indela sig i olika kliniker och specialiteter. Att det kan uppstå problem när patienter behöver handhas av olika delar av vården är uppenbart. Genom strukturerad samverkan och nära kommunikation mellan olika kliniker och vårdcentraler kan mycket av eventuell problematik förhindras eller reduceras.

Dagligen förekommer mycket samverkan mellan primärvården och olika kliniker inom länssjukvården. Alla vi intervjuade är också mycket positiva till samverkan och ser potentialen i detta. Det dagsaktuella problemet är emellertid att man upplever att samverkansdiskussioner har minskat i jämförelse med för ett antal år sedan. Vi anser att detta sannolikt leder till effektivitets- och kvalitetsförluster och därför bör uppmärksammas och åtgärdas av länssjukvårds- och närsjukvårdsledningarna.

Ett problem som primärvården uppmärksammade är strukturen vid olika kliniker. Den ökade subspecialiseringen innebär att kraven på primärvården att utreda har ökat. Enligt vår mening går det inte generellt att avgöra vilka subspecialiteter som ska finnas på olika kliniker. Eftersom en förändring på en klinik ofta direkt berör även primärvården torde dessa typer av relativt omfattande strukturförändringar behöva aviseras och diskuteras i gemensamma fora.

En form av kunskapsöverföring är att vissa kliniker bedriver konsultverksamhet på enskilda vårdcentraler. Vid granskningen framkom att konsultverksamhet ej förekom. Anledningarna var flera men det framkom att man från aktuella kliniker ansåg att det var mera resurseffektivt att bedriva andra aktiviteter än konsultverksamhet. Enligt vår mening är det naturligt och förståeligt att enskilda klinikchefer i pressade situationer ser till att optimera sina egna resurser. Vi anser att ledningarna för länssjukvården och närsjukvården måste bevaka helhetsintresset och stödja utvecklandet av konsultativa arbetssätt, däribland konsultverksamhet till primärvården.

Remissflödena kan utvecklas på vissa områden, som framgår av rapporten. Framförallt tror vi dock att det främst handlar om dialog och förståelse för varandras arbetssätt mellan länssjukvården och primärvården.

De läns gemensamma vårdprogram som finns uppskattas. Vi tror det skulle vara värdefullt att bygga vidare på den styrkefaktor detta innebär. Initiativ bör därför tas för en aktiv dialog med de olika medicinska tvärgrupperna.

Skillnader de facto i primärvårdens uppdrag framgår av stora skillnader i vårdkonsumtion mellan olika delar av landstinget. Detta faktum borde kunna leda till intressanta diskussioner beträffande resursfördelning, arbetssätt etc.

Sammanfattningsvis ger granskningen underlag för följande rekommendationer.

1. Samverkan uppstår inte automatiskt mellan enskilda medarbetare. Ledningen måste strukturera och aktivt styra mot samverkan.
2. Det bör skapas fora för att diskutera enskilda klinikers strukturella förändringar, t ex förändrad subspecialisering.
3. Utvecklandet av konsultativa arbetssätt bör stödjas.
4. Det bör skapas fora för att löpande diskutera remissfrågor.
5. Utvecklandet av ytterligare vårdprogram bör stödjas