



Svenska
Läkaresällskapet

*Professionell granskning och
klinisk revision*

PROFESSIONELL GRANSKNING OCH KLINISK REVISION 2020

SLUTRAPPORT
Juni 2020

GRAFISK FORM
Jaana Logren Bergqvist
Kommunikationsansvarig
Svenska Läkaresällskapet

FOTON
Istockphoto

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	6
Bakgrund & syfte	8
Metodik & definitioner	10
Genomförande & resultat	15
Diskussion	17
Slutsatser	20
Referenser	22
Bilagor	25

Bilaga 1. Ekerstad N, Löfdahl CG. Medicinsk revision av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus. Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2018.

Bilaga 2. Nilsson A. Organisation Hjärtlungkliniken Örebro. Verksamhetsrevision. Rapport. Svenska Läkaresällskapet. Örebro 2018.

Bilaga 3. Arvidsson E, Gäre Arvidsson S, Zetterberg L. Kollegial kvalitetsdialog i primärvården En del i Svenska Läkaresällskapets pilotprojekt för Professionell granskning och klinisk revision. Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2019.

Bilaga 4. Zar N, Hallman L. Revision av kirurgkliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås. Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2019.

Bilaga 5. Dokument revision

- a) Avtalstext
- b) Två exempel på startdokument: Medicinsk Kvalitetsrevision 2001; G. Akner
- c) Flödesschema för revision enligt tentativ modell
- d) Domäner och frågeställningar, revisionens generiska del



Professionell granskning och klinisk revision

Ett ramverk för revision framtaget av SLS arbetsgrupp för professionell granskning och klinisk revision.

Denna rapport rör pilotprojektet *Professionell granskning och klinisk revision* i Svenska Läkaresällskapet (SLS) regi. Dess övergripande syften är dels att ta fram en eller flera tentativa modeller för belysning av en enhets styrkor och svagheter med utgångspunkt i medicinsk kvalitet, vetenskap och etik, dels att stimulera utveckling och kvalitetsförbättringar.

Arbetsgruppen för *Professionell granskning och klinisk revision* började bildas under sommaren 2017, och dess första möte hölls i början av hösten. Sammanlagt har ett 15-tal fysiska möten hållits på Läkaresällskapet, därutöver ett större antal telefonmöten och avstämningar i mindre grupp. Redovisning av gruppens arbete har skett via fullmäktigemöten (2017-20), möte i Almedalen 2018, möten med SLS' delegationer för etik (2019) respektive kvalitet (2020), inslag i Läkartidningen, övriga kontakter med SLS nämnd samt via minnesanteckningar och sociala medier.

Pilotrevisioner/-granskningar har gjorts inom tre områden 2018-19: invärtesmedicin (kardiologi och lungmedicin), allmänmedicin (tre vårdcentraler) samt opererande specialiteter (kolorektalkirurgi).

Denna rapport syftar till att beskriva det utförda arbetet (process), dess resultat (utfall) samt lärdomar och framtida utmaningar. Det tentativa ramverket för medicinsk revision som tagits fram består av en generisk del och en specialitetsspecifik del. Det finns betydande likheter mellan hur de utförda revisionerna gjordes, men även skillnader relaterade till olika förutsättningar. Vi väljer därför att redovisa samtliga tre revisioner som bilagor i denna rapport.

Jag vill rikta ett tack till arbetsgruppens medlemmar, det administrativa stödet från SLS, aktuella specialitetsföreningar samt revisorer och andra aktörer som bidragit med goda råd.

För arbetsgruppen våren 2020

Niklas Ekerstad, ordförande

Medverkande

Arbetsgruppen har bestått av:

Niklas Ekerstad, ordförande arbetsgruppen; specialist i internmedicin och kardiologi; docent i utvärdering och hälsoekonomi

Gunnar Akner, specialist i internmedicin, geriatrik och klinisk nutrition; docent i geriatrik
Eva Arvidsson (2018-), specialist i allmänmedicin; med dr

Susann Asplund Johansson (SLS kansli)

Stella Cizinsky, specialist i internmedicin och kardiologi; verksamhetschef

Per Johansson (SLS kansli) sekreterare

Magnus G Lind, specialist i ÖNH; docent

Rurik Löfmark, specialist i internmedicin och kardiologi; docent i medicinsk etik

Anders Nilsson, specialist i anestesiology, docent

Karl Sallin (2017-18), specialist i barnsjukdomar, doktorand i etik

Råd, inspiration och stöd har främst hämtats från:

Docent Per Anders Flordal (kirurgi), Dr Herman Holm (psykiatri), Professor Ulf Haglund (kirurgi), Med dr Claes Gustavsson (medicin), Professor Göran Hermerén (etik), Professor Lars-Åke Levin (hälsoekonomi), Docent Göran Stiernstedt (regeringens utredare), Professor Lotta Vahlne-Westerhäll (juridik), Med dr Brita Winsa (organisation och ledarskap) samt ledamöter av Nämnden samt SLS delegationer för kvalitet respektive etik.

Sammanfattning

Denna rapport rör pilotprojektet *Professionell granskning och klinisk revision* i Svenska Läkaresällskapet (SLS) regi. Det har sitt ursprung i rapporten *En värdefull vård* och det nämndedirektiv som följde. Dess huvudsyfte är att ta fram ett ramverk rörande metodik för revision och granskning av en vårdenhets styrkor och svagheter. Det långsiktiga ändamålet är att bidra till lärande, intern kvalitetssäkring och utveckling. Projektet ska under de första åren inbegripa ett par pilotrevisioner i samverkan med berörda specialitetsföreningar, och det ska fokusera på medicinsk kvalitet, definierad via målbild och etiska värden.

Sedan hösten 2017 har 15 arbetsgruppsmöten (SLS) hållits. Fem pilotrevisioner har utförts inom tre huvudområden för att understödja modell- och metodutveckling. Redovisning av arbetsgruppens aktiviteter har skett under fullmäktigemöten, möte i Almedalen 2018, via återkoppling till nämnden, i sociala medier, samt via minnesanteckningar och revisionsrapporter.

Ett tentativt ramverk för revision har framtagits. Detta består av både generiska komponenter, som till stor del representerar kärnvärden, som är oberoende av specialitet, och av specialitetsspecifika delar, som med nödvändighet präglas av de värden och behov som kännetecknar specialiteten. Ramverkets utgångspunkter är vetenskap, medicinska utfall, etik, patientsäkerhet och utbildningsfrågor. Det inkluderar även en logik för formella ramar inklusive ett flödesschema, relevanta metodreferenser, dokument rörande avtal, förberedelser, enkätundersökning och domäner med förslag till frågeställningar med utgångspunkt i kärnvärdena.

Det betonas att även vården av komplexa fall, exempelvis sköra äldre individer med multisjuklighet och nedsatt autonomi, måste utvärderas, inte minst utifrån etiska infallsvinklar. Detta är minst lika angeläget som revision av mer standardiserbar verksamhet, därav arbetsnamnet *Hippokratesrevision*.

Revisionerna utfördes inom tre stora specialitetsområden, dvs invärtesmedicin, opererande specialiteter samt allmänmedicin. Praktisk testning av den tentativa modellen bedömdes vara helt nödvändig, dels för att testa genomförbarhet och lämplighet, dels för att kunna dra slutsatser och lärdomar som grund för förbättringar. Det finns betydande likheter mellan hur de utförda revisionerna gjordes, men även skillnader relaterade till olika förutsättningar. Vi redovisar samtliga tre revisioner som bilagor i denna rapport.

Erfarenheterna från projektet talar för god genomförbarhet, och pågående samhällsdebatt indikerar ett betydande framtida behov av professionsstyrd kvalitetsutveckling. Vårdens kvalitetsvärdering och -utveckling bör utgå ifrån de grundläggande yrkesmässiga värdena etik och vetenskap och dessa utgör kärnvärden i revisionsmodellen, samt en grund för dess demokratiska legitimitet. För att utveckla och sprida ramverket krävs bland annat en fördjupad samverkan mellan SLS och specialitetsföreningarna samt former för att säkra en robust finansiering.

Slutsatser

- Via SLS projekt Professionsstyrd kvalitetsutveckling har fem revisioner skett inom tre huvudområden talande för god genomförbarhet
- Ett tentativt revisionsramverk bestående av en generisk del och en specialitetsspecifik del har tagits fram, och för att utveckla och sprida ramverket krävs fördjupad samverkan mellan SLS och specialitetsföreningarna
- Vårdens kvalitetsvärdering och -utveckling måste i högre grad än idag utgå ifrån de grundläggande yrkesmässiga värdena etik och vetenskap, och dessa utgör kärnvärden i revisionsmodellen
- Förankring och förberedelsearbete inför revision är avgörande för framgång
- Erfarenheterna från projektet och pågående samhällsdebatt talar för att det framtida behovet av professionsstyrd kvalitetsutveckling är stort
- Utmaningar beträffande spridning av revisionsprojektet är: a) att det finns skillnader mellan SLS och potentiella finansiärers syn på vårdens mål, hur vårdens kvalitet ska bedömas och vad en medicinsk revision bör innehålla; samt b) hur en robust finansiering ska säkras för professionsstyrd kvalitetsutveckling.

Bakgrund & syfte

ISLS' rapport "En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum" (EVV) (Svenska Läkaresällskapet 2015) betonades bland annat vikten av att professionella värden får betydligt större genomslag i svensk sjukvård än idag. Denna uppfattning har under det senare decenniet även förts fram av ett flertal utomprofessionella aktörer. Dessa har riktat kritik mot de industriellt präglade former för styrning, ofta refererade till under paraply-beteckningen New Public Management (NPM), som präglat stora delar av samhället, inklusive vården, under senare decennier (Zaremba 2013, Löfven 2013, Ahlbäck Öberg&Widmalm 2016, Tillitsdelegationen 2018, Jacobsson 2019). SLS anser att sjukvårdens styrning och utvärdering i högre grad bör baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt etiska värden med betoning på vårdbehov och patientnytta.

På basen av EVV's arbete beslutades i SLS Nämnd december 2016 om direktiv till en arbetsgrupp med beteckningen *Arbetsgruppen för professionell granskning och klinisk revision* (Svenska Läkaresällskapet 2016). Direktivet formulerades och fastslogs av nämnden i februari 2017. Arbetsgruppen började konstitueras juni 2017 och dess första möte höll i september.

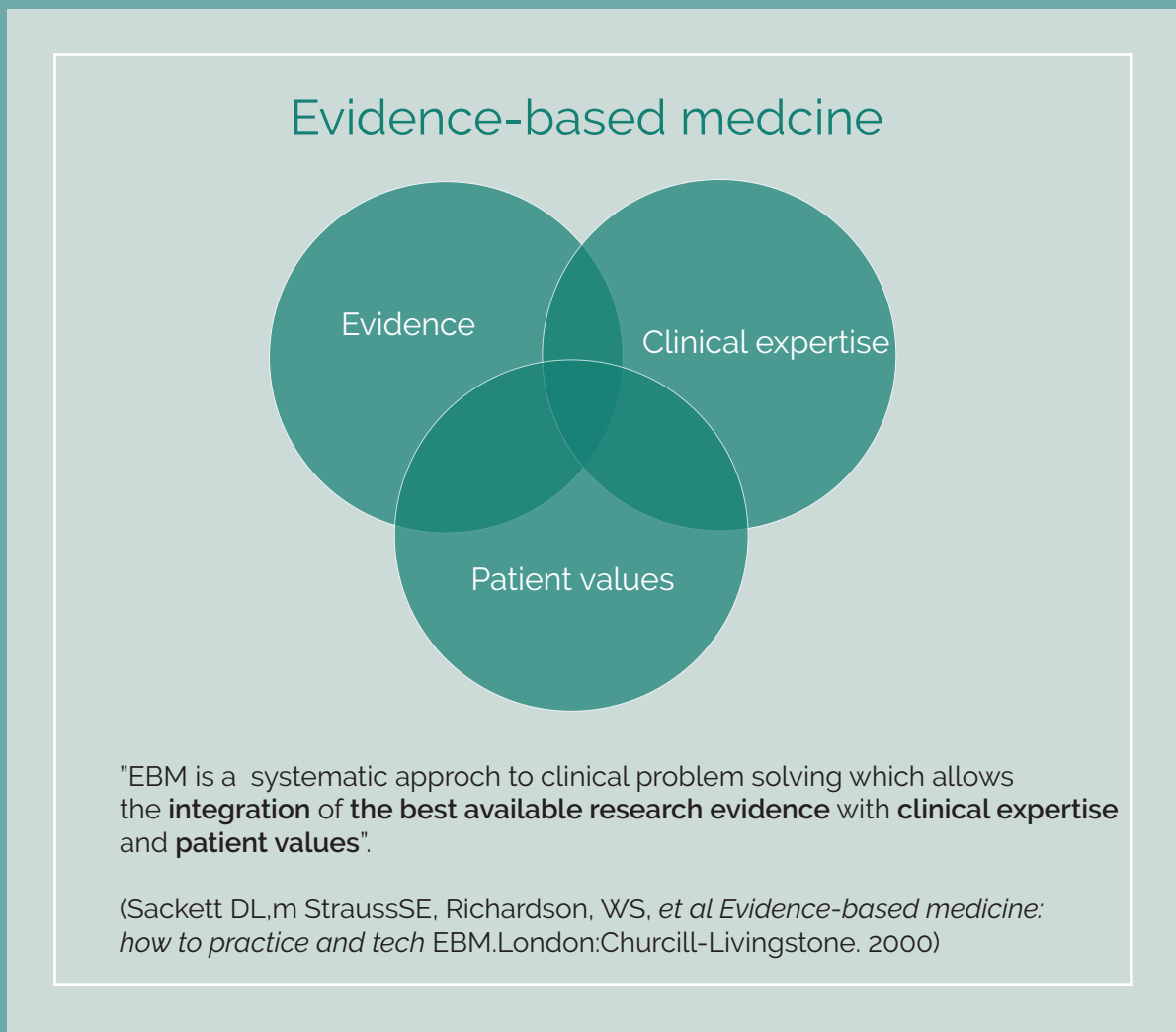
Direktivet kan även ses som en fortsättning på det samarbete mellan SLS och Sveriges läkarförbund som pågick för ett par decennier sedan och som utmynnade i rapporten "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten" (Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision 2001). Här summerades att syftet är "...att främja enhetens interna kvalitetsarbete genom att via en extern kvalitetsrevision värdera enhetens medicinska kvalitet och påvisa förbättringsmöjligheter. Grundprincipen är att enheten själv beställer Medicinsk Kvalitetsrevision."

Vår arbetsgrupps (AG) huvuduppgift är att utveckla ett ramverk för en eller flera tentativa modeller för medicinsk granskning och revision samt att i nära samarbete med relevanta sektioner i SLS testa modellerna via pilotfall via revisioner av enheter. Målsättningen är att stimulera kontinuerligt internt professionsbaserat kvalitetsutvecklingsarbete på enheterna. Externa revisioner kan ses som stöd och uppmuntran för denna process. Modellerna ska kunna användas både inom öppen och sluten vård samt vara oberoende av driftsform. I detta innefattas även huvudmannens behov av att kunna uppvisa effektivt kvalitetsarbete.

Två övergripande professionella kärnvärden utgör utgångspunkter för arbetsgruppens arbete. Det första är **etiska kärnvärden** inklusive läkarettiska regler, riktlinjer, uttalanden och koder (WMA 2006, Läkarförbundet 2017, SLS 2020). Dessa är i viss mån mediko-legalt kodifierade i den etiska prioriteringsplattformen och dess förarbeten (Socialdepartementet 1995, Regeringen 1997, Hermerén 2019). Det är vidare ett centralt värde att respektera en beslutskapabel patients autonomi och att samtidigt stärka nedsatt autonomi, liksom att läkarens professionella autonomi, som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, också bör respekteras (Löfmark 2009).

Det andra är **vetenskap och beprövad erfarenhet**. Det kan även betecknas evidensbaserad medicin, såsom detta koncept definierats enligt Sackett och återgivits från auktoritativt håll. Detta innebär en strävan att sy ihop bästa tillgängliga evidens (vanligen hypotetiko-deuktivt framtagna), klinikers egna erfarenheter (vanligen induktivt förvärvade) samt patientens preferenser (Sackett 2000, Werkö 2001, Asplund 2001) **Figur 1**. Allt bör ske inom ramen för diagnostik, behandling och utvärdering över tid i det enskilda kliniska fallet (Akner 2004).

Figur 1. Evidensbaserad medicin (EBM)



Metodik & definitioner

För att initialt skapa en grund för en eller flera tentativa modeller för professionell granskning och klinisk revision användes följande källor (se referenser ovan):

- En värdefull vård (EVV)-rapporten
- SLS' direktiv till arbetsgruppen (AG)
- Rapporten "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten" (MKR)
- Workshops som genomförts av AG och de kunskaper, erfarenheter och förståelse som gruppmedlemmarna bidragit med inklusive metodreferenser.

Några av de metodreferenser som omnämns i MKR har fungerat som utgångspunkt även i detta projekt (Shaw 1989, Spri 1992, Läkartidningen (särtryck 1993), Socialstyrelsen 1996, Socialstyrelsen 2005). Flera definitioner fanns och existerar fortfarande beträffande medicinsk revision, och ibland görs en åtskillnad mellan intern respektive extern revision. Den gemensamma nämnaren är dock fokus på medicinsk kvalitet:

"Sammanfattningsvis avser vi med medicinsk revision en (intern eller extern) granskning av läkares och annan personals medicinska handlande. Det är alltså en form av kvalitetssäkring inriktad på det medicinska handlandet. Syftet är att främja kvaliteten i vården genom att erfarenheter från revisionen läggs till grund för förbättringar av rutiner etc." (sid 6 Spri 1992)

Åtskilliga av de referenser som var aktuella i MKR hade sitt ursprung i kvalitetsarbete inom brittisk sjukvård. Kvalitetssäkring ses därvid som en process, se **Figur 2** (Spri 1987, lätt modifierad). Den medicinska revisionen inbegriper enligt denna beskrivning fastställande av kriterier på kvalitet, studier (mätning) av aktuell kvalitet och värdering av resultatet. Denna modell är följandevis tillämpbar på mätbara delar av en verksamhet.

I primärvårdsrevisionen har på ett likartat vis Nolans PDSA-cykler utgjort en inspirationskälla, itererad återkoppling mellan revision och verksamhet utgör en nyckelfunktion (Langley 1996).

En annan nyckelreferens är Smers rapport om etisk analys av styrmodeller (Smer 2019). Här betonar vikten av att analysera etiska värdenas betydelse för verksamhetens mål. Målen med verksamheten betingar i sin tur kriterierna på kvalitet. Innehållet i revision av kvalitet är därmed knutet till vilka mål som har identifierats, vilket har anammats i SLS'projekt (Brülde 2014, Smer 2019). I detta dokument ges också förslag på hur en etisk utvärdering kan ske. Även SBU har utgivit rapporter för utvärdering av en verksamhet utifrån medicinska och etiska aspekter (SBU 2014). Dessa har bedömts användbara vid medicinsk revision.

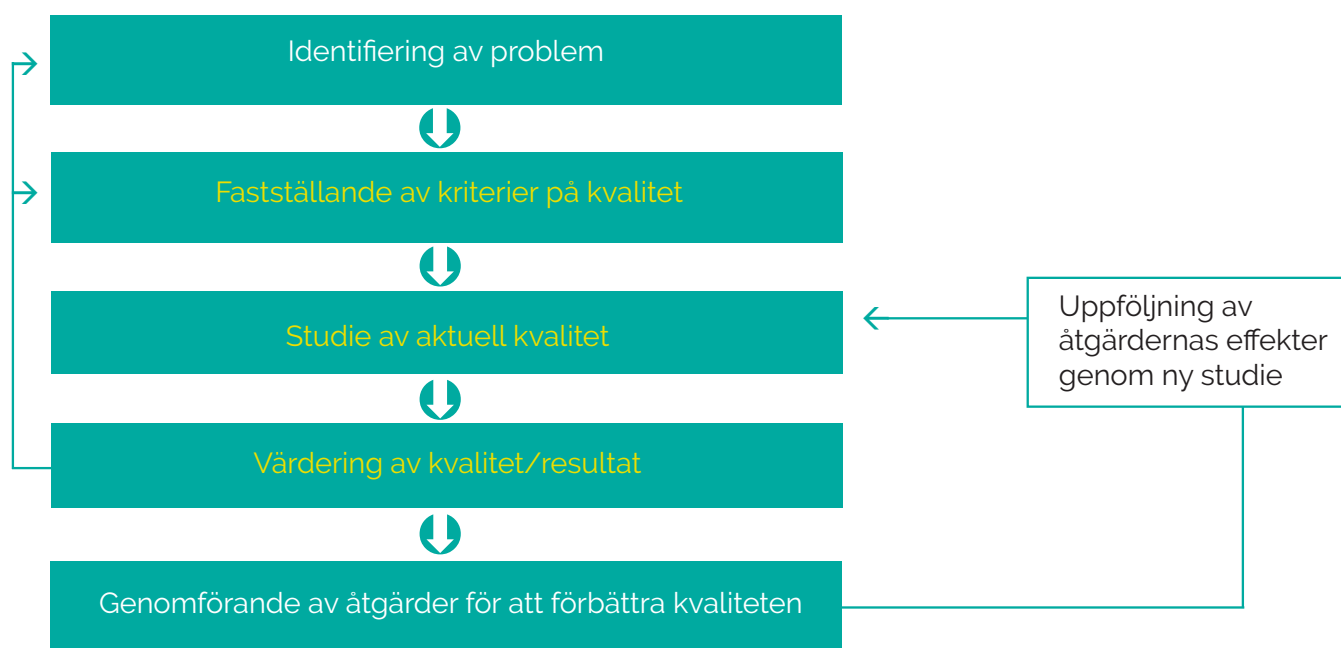
Synsättet att i kvalitetsvärdering utgå ifrån mål med verksamheten gör det naturligt att ha etik som utgångspunkt för revisionsmodellerna. Här är yrkesetiska koder och deklarationer samt till viss del i lag kodifierad etik, särskilt den etiska plattformen (prioriteringsplattformen) centrala. Den etiska plattformen har fokus på professionellt definierade vårdbehov och dess tre etiska principer i hierarkisk ordning är: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Denna ordning gäller fortfarande och den är ägnad att gälla vårdens samtliga nivåer (Socialdepartementet 1997, Prioriteringscentrum 2007, Smer 2009, Bengtsson 2016, Höglund 2018). Stöd för ovanstående återfinns förutom i yrkesetiska koder och lag i uttalanden från SLS i form av dokument på dess hemsida samt debattartiklar (Lindgren 2017, Skogseid&Sandlund 2018)

I de relevanta förarbetena till det parlamentariska prioriteringsbeslutet 1997 markeras att patientnytta är överordnad samhällsnytta och att vårdbehov går före efterfrågan (Socialdepartementet 1995, Smer 2009, Riksrevisionen 2014, Hermerén 2019, Vahlne-Westerhäll&Ekerstad 2019). Ett annat kärnvärde är att sjukvården har ett särskilt ansvar att lyfta fram individers med nedsatt autonomi vårdbehov. Andra etiska principer såsom nyttoprincipen, respekt för person och rättvisepprincipen måste i enskilda situationer vägas mot varandra och hänsyn måste alltid tas till alla personer som berörs av fattade beslut (Löfmark 2009). Även vård enligt EBM, definierat enligt ovan, har varit en grundläggande utgångspunkt, viktig i sig och även ett yrkesetiskt kärnvärde. Ambitionen har varit att belysa såväl relevanta utfallsmått som dito process- och strukturemått. AG har dock velat betona utfallsmåttens betydelse inklusive fokus på patientnytta.

Detta med reservation för att förutsättningarna för val av lämpliga mått kan skilja sig mellan olika specialiteter. En annan viktig distinktion är den mellan effektivitet och produktivitet (Lind 2015). Bägge är värda att studera men effektivitet i bemärkelsen utfall för patienterna har i de hittills utförda revisionerna getts högre prioritet än produktivitet.

Andra naturliga fokusområden, som utgår ifrån etik och vetenskap, är utbildningsinsatser och arbete med patientsäkerhet. Även viss kännedom om styr- och ersättningsmodeller (SNS 2014, Smer 2019, Tillitsdelegationen 2018) har varit väsentlig, inte minst i analysen av reviderade enheters utfall.

Figur 2. Kvalitetssäkringsprocessen enligt Spri (Spri 1987, lätt modifierad). Kärnan i medicinsk revision utgörs av gulmarkerade delarna.





AG menar att varje revision består av en generisk del, som bör bygga på en logik som är oberoende av aktuell specialitet, samt en specialitetsspecifik del. Den senare bör starkt präglas av den aktuella specialitetens förutsättningar och behov. AG framhåller följande fyra delar av innehållet i medicinsk kvalitetsrevision, här kallade domäner, vilka utgjort utgångspunkt för revisionernas generiska del:

- Vetenskap och medicinska resultat
- Etik
- Patientsäkerhet
- Utbildning

Till vardera domänen har knutits 3-5 frågeställningar, baserat på erfarenheter, litteraturgenomgång samt stipulerade kärnvärden. Frågeställningarna har genomgått en pragmatisk validering, och de kan i sin tur brytas ned i frågor på en mer detaljerad nivå. **Figur 3.**

I revisionerna genomfördes s.k. *Hippokrates-revision*. Detta innebar att med utgångspunkt från en eller flera diagnoser diskutera den komplexitet, inklusive samsjuklighet och skörhet (frailty), som vanligen föreligger hos åtskilliga patienter. Detta skedde med särskilt beaktande av hur individer med nedsatt autonomi handläggs och hur deras vårdbehov identifieras, särskilt utifrån etik och prioriteringar.

I en av revisionerna avsattes tid för en journalgenomgång med detta fokus, **bilaga 1**. Dessa frågor kompletterades och föregicks av ifyllande av ett startdokument, se exempel i **bilaga 5**.

Inför revisionerna utsågs revisorer av AG/SLS i samråd med aktuell(a) sektioner/specialitetsförening(ar). Detta ansågs borga för att specialitetsspecifika aspekter av revisionerna blev tillgodosedda. Vid en av revisionerna deltog även en fysioterapeut. Metodstöd beträffande den generiska delen gavs av arbetsgruppen.

I revisorernas förberedelser ingick exempelvis studier av hur enheten hävdar sig vad gäller relevanta utfalls- och processmått i kvalitetsregister, i den mån sådana fanns, intervjuer per telefon, enkäter samt startdokument. Den invärtesmedicinska kliniska revisionen föregicks av en revision av verksamhetens styrning och organisation, och utmynnade i rapporten Verksamhetsrevision Örebro (Anders Nilsson 2018). Denna rapport fungerade som en viktig förberedelse inför den medicinska granskningen. Återkoppling gavs till den granskande enheten vid flera tillfällen, i första hand muntligt, senare även skriftligt i rapport-form. Ett kronologiskt flödesschema för revision anges nedan. **Figur 4.**

Figur 3. Domäner och frågeställningar. Respektive frågeställning kan i sin tur generera ytterligare frågor på en ökad detaljnivå.

Vetenskap och medicinskt utfall

- Hur återkopplas relevanta kvalitetsregisterdata (ffa mortalitet och morbiditet) till verksamheten?
- Hur hävdar sig enheten vid jämförelse med andra liknande enheter?
- Hur stor andel av medarbetarna är disputerade eller doktorander?

Etik och prioriteringar

- Hur implementerar enheten den etiska plattformen för prioriteringar i praktiken?
- Hur identifierar och hanterar man bortträngnings-effekter?
- Hur verkar enheten för samverkan och kontinuitet kring individer med komplexa vårdbehov?
- Hur synliggör man vårdbehov hos individer med nedsatt autonomi?

Patientsäkerhet

- Hur definierar enheten patientsäkerhet?
- Hur verkar enheten för patientsäkerhet?
- Hur involveras medarbetarna?

Fortbildning

- Hur stimuleras relevant utbildning på enheten?
- Hur många dagar per kollega och år avsätts för fortbildning?
- Data från SPUR-inspektion?
- Hur stor andel av ST-läkarna utför specialistexamen?

Figur 4. Flödesschema för revision enligt tentativ modell.

- Förankring: SLS, aktuell specialitetsförening, enhet som ska revideras
- SLS och aktuell specialitetsförening utser revisorer
- Avtal tecknas mellan SLS och enhet som ska revideras
- Förberedelser inklusive fastställande av kriterier på kvalitet och studie av kvantifierbara data
- Fysiskt revisionsbesök startar med Återkoppling I till enheten
- Frågeställningar (domäner)/startdokument som grund för dialog och intervjuer
- Journalgranskning (enligt protokoll)
- Värdering av kvalitet samt Återkoppling II mot slutet av det fysiska revisionsbesöket
- Sammanfattande professionell bedömning – muntligt och i rapportform

Genomförande & resultat

Följande medicinska revisioner har utförts:

- Hjärtlungliniken Örebro 2018: medicinsk revision, **bilaga 1**, respektive verksamhetsrevision, **bilaga 2**.
- Tre vårdcentraler Nora, Skillingaryd och Kvarnholmen 2018, **bilaga 3**.
- Kirurgkliniken Västerås 2019, **bilaga 4**.

Som påpekats finns såväl generiska delar av revisionen, dvs aspekter som till stor del är kärnvärden oberoende av specialitet, som specialitetsspecifika delar, som präglats av de värden och behov som kännetecknar specialiteten. Av detta följer att det finns betydande likheter i fråga om form och innehåll mellan respektive revision, men även skillnader. **Tabell 1**.

I samtliga fall användes utfördes, efter avtal och förankring hos aktuell(a) specialistförening(ar), ett förberedelsearbete av revisorerna och någon form av startdokument användes, inspirerat av MKR, se exempel i **bilaga 5**. Ett flödesschema med tidsmässigt förutbestämda moment användes i samtliga revisioner (exempel i fig. 3) och fysiska besök utfördes. De fyra domänernas frågor användes på samtliga ställen och fokus på komplexa fall (Hippokratesrevision) förelåg hos samtliga. Rapport författades i samtliga fall.

Variabel/Revision	Örebro	Primärvård	Västerås
Förankring: SLS, specialitetsförening, reviderad enhet	Ja	Ja	Ja
Revisorer utsedda i samråd mellan SLS & spec.fören.	Ja	Ja	Ja
Avtal	Ja	Nej	Ja
SLS medfinansier	Ja	Nej	Ja
Förberedelser (register/enkäter/intervjuer)	Ja	Ja	Ja
Fysiskt besök	Ja, 2 dgr	Ja, 1 dg	Ja, 1 dg
Multiprofessionellt inslag bland revisorerna	Nej	Ja	Nej
Multiprofessionellt inslag inom den rev. enheten	Ja	Ja	Ja
Journalgenomgång	Ja	Nej	Nej
Flödesschema	Ja	Ja	Ja
Metodreferens	Ja	Ja	Ja
4 domäner och frågeställningar	Ja	Ja	Ja
Hippokratesrevision	Ja	Ja	Ja
Granskning av organisation och ledning	Ja	Ja, delvis	Ja, delvis
Återkoppling på plats	Ja	Ja	Nej
Rapport, skriftlig	Ja	Ja	Ja
Redovisning av enhetens resultat	Ja	Nej	Ja
Refererat i tidskrift	Ja	Planeras	Planeras

Tabell 1. Jämförelse mellan utförda revisioner/granskningar



Moment som skilde sig åt mellan revisionerna var typ av avtal, tidsåtgång, typ av redovisning och återkoppling, grad av multiprofessionellt inslag, förekomst av journalgenomgång, och huruvida organisation och ledning belystes.

Återkoppling från och uppföljning av granskad enhet

I samtliga fall gavs återkoppling från revisorerna till den granskande enheten, i något av fallen till dess ledning, i ett annat både till ledning och kollegor och annan personal. I samtliga fall gav, omvänt, den granskande enheten återkoppling till revisorerna. Denna skedde i två av fallen muntligt, i det tredje även skriftligt. Återkopplingen var överlag positiv. Revisionerna upplevdes generellt som meningsfulla, relevanta och givande av de granskade. De uppfattades vara balanserade vad gäller positiva respektive negativa aspekter, och de identifierade problem som uppfattades som reella och relevanta.

Uppföljningen av det fysiska revisionsbesöket skedde relativt informellt. I Örebrorevisionens fall skedde återkoppling muntligt om vidtagna åtgärder på klinisk samt administrativ nivå. I primärvårdsrevisionernas fall togs muntlig kontakt med samtliga vårdcentralschefer på de reviderade enheterna omkring ett år efter revisionerna. Även beträffande kirurgi-revisionen gavs återkoppling på chefsnivå. Frågan om när en uppföljning av en revision bör ske och formerna för denna behöver diskuteras. En erfarenhetsbaserad uppfattning bland många är att 3-5 års intervall till en uppföljande granskning är realistisk.

Tentativt ramverk med modell som stöd för medicinsk revision

Övergripande består det tentativa ramverket av en generisk del (a-e) och en specialitetsspecifik del (f). Den generiska delens komponenter framgår i denna rapport samt i den första revisionen (**bilaga 1**). Exempel på specialitetsspecifika överväganden framgår av bilagorna med utförda revisioner.

- a) Logik för hur samverkan mellan SLS, specialitetsförening, medicinska revisorer och granskad enhet kan ske inklusive förslag på avtalstext.
- b) Flödesschema med kronologiskt ramverk för revisionsarbete: förberedelser, en första återkoppling till granskad enhet, startdokument och frågeområden, intervjuer och/eller journalgranskning, en andra återkoppling samt en sammanfattande professionell bedömning inklusive rapportförfattande
- c) Metodreferenser, se avsnittet om metodik.
- d) Dokument: förslag på startdokument (**bilaga 5**), avtal, domäner och frågeställningar.
- e) Domäner baserade på kärnvärden: vetenskap och medicinska resultat, etik, patientsäkerhet och utbildning. Till vardera domänen har knutits 3-5 frågeställningar. Varje frågeställning kan i sin tur brytas ned i frågor på en högre detaljnivå.
- f) Specialitetsspecifik del.

Diskussion

Arbetsgruppen har varit verksam sedan hösten 2017. Femton fysiska möten har hållits och fem revisioner inom tre stora övergripande specialitetsområden har utförts. Ett tentativt revisionsramverk inbegripande en generisk respektive en specialitetsspecifik del har framtagits. Dess utgångspunkter och fokus har varit vetenskap, medicinska utfall, etik, patientsäkerhet och utbildningsfrågor. Ramverket innefattar en logik för formella ramar inklusive ett kronologiskt flödesschema, relevanta metodreferenser, dokument rörande förberedelser, enkätundersökning och domäner med förslag till frågeställningar med utgångspunkt i läkaryrkets kärnvärden. Redovisningar av arbetet har skett via revisionsrapporter, minnesanteckningar, fullmäktigemöten (SLS) samt andra möten och meddelanden. Avstämningar har intermittent gjorts med representanter för SLS nämnd samt delegationerna för etik respektive kvalitet.

Erfarenheten från projektet talar för att professionsstyrd kvalitetsutveckling och medicinsk revision är praktiskt genomförbara aktiviteter som många kollegor efterfrågar. Som utgångspunkter för arbetet användes rapporten *En värdefull vård*, Nämndens direktiv, slutsatser från *Medicinsk Kvalitetsrevision* samt workshops som genomförts av arbetsgruppen inbegripet de kunskaper, erfarenheter och den förförståelse som gruppmedlemmarna bidragit med. Några av de mest betydelsefulla metodreferenserna vid revisionsarbetet och modellutvecklingen framgår ovan och av referenslistan. En särskilt viktig utgångspunkt i revisionerna har varit kopplingen mellan etiska värden, mål, kvalitet och revisionens innehåll.

Som helhet har direktivet från Nämnden följts, fastän med några preciseringar. Därvid betonades kärnvärdena etik, inklusive den etiska plattformens fokus på professionellt definierade vårdbehov, och vetenskap extra tydligt samt operationaliserades i fyra domäner med

förslag till ett antal frågeställningar per domän. Vidare betonades att även värden av komplexa fall, exempelvis äldre individer med multisjuklighet och nedsatt autonomi, måste utvärderas, inte minst utifrån etiska infallsvinklar. Detta är minst lika angeläget som revision av mer standardiserbar verksamhet, därav termen *Hippokratsrevision*.

Det finns såväl generiska delar av revisionen, dvs aspekter som till stor del representerar kärnvärden oberoende av specialitet, som specialitetsspecifika delar, som med nödvändighet präglats av de värden och behov som kännetecknar specialiteten. Baserat på influenser från modern forskning om organisation och tillsynsstyrning (Ahlbäck Öberg 2016, Bringse-lius 2017, Jacobsson 2019) har ett visst mått av minimalism vad gäller detaljer präglat projektet när det kommer till att föreskriva för revisorerna hur revisionen ska gå till. Få, men tydligt definierade, ramar har givits från arbetsgruppens sida. Arbetsgruppens erfarenheter talar för ett som helhet gott samarbetsklimat mellan SLS och involverade specialitetsföreningar och revisorer. Det finns betydande likheter i fråga om form och innehåll mellan respektive revision, men även med nödvändighet skillnader.

Fem revisioner utfördes inom tre stora specialitetsområden: invärtesmedicin, opererande specialiteter samt allmänmedicin. Praktisk testning av det tentativa revisionsramverket utfördes, dels för att testa genomförbarhet och lämplighet, dels för att kunna dra slutsatser och lärdomar som grund för förbättringar. Ytterligare en revision, inom psykiatrisk verksamhet, planeras. I samtliga fall utfördes, efter avtal och förankring hos aktuella specialistföreningar, ett förberedelsearbete av revisorerna. Ett flödesschema inbegripet tidsmässigt förutbestämda moment användes i samtliga revisioner och fysiska besök utfördes. De fyra domänernas frågor användes på samtliga ställen och fokus på komplexa fall (*Hippokratesrevision*) förelåg hos samtliga.

Rapport författades i samtliga fall. Moment som skilde sig åt mellan revisionerna var typ av avtal, tidsåtgång, typ av redovisning samt återkoppling, grad av multiprofessionellt inslag, förekomst av journalgenomgång, och huruvida organisation och ledning belystes. Återkopplingen från de granskade enheterna var överlag positiv. Revisionerna upplevdes generellt som meningsfulla, relevanta och givande av de granskade. En viktig slutsats är att revisorernas förberedelsearbete inför det fysiska besöket på den aktuella enheten är av största betydelse. Detta dels för att komma väl förberedd och därmed kunna fokusera tidseffektivt på rätt delar, dels som ett värde i sig, dels för att skapa förtroende och legitimitet hos de granskade. Därvid kunde en kollegial dialog starta redan vid revisionens start. Därtill stärks revisionens interna validitet av optimalt förberedelsearbete.

Samverkan mellan berörda aktörer i de refererade fem revisionerna uppfattas ha fungerat väl, dvs mellan den reviderade enheten, utsedda revisorer, arbetsgruppen (SLS) och aktuella specialitetsföreningar. De hittills genomförda revisionerna skedde av som helhet välfungerande verksamheter, vilket måste beaktas vid bedömning av ramverkets och projektets generaliserbarhet. När det kommer till spridning av revisionsmodellerna ställs bland annat krav på att finna robusta former för samverkan, helst via ett minimum av administration. Här kan arbetsgruppen troligen initialt fungera som en plattform för samverkan mellan SLS och specialitetsföreningarna vid en spridning av revisionskonceptet. Detta torde även vara centralt för projektets externa validitet, dvs överförbarhet till andra kliniska verksamheter än de som granskades i SLS projekt. Arbetsgruppens nuvarande sammansättning präglas bland annat av en ambition att de stora specialitetsområdena ska vara representerade, och även detta är viktigt för den externa validiteten. Det har även varit värdefullt med de mycket breda kliniska, etiska, hälsoekonomiska, ledningsmässiga, organisatoriska och vetenskapliga kompetenser som gruppmedlemmarna stått för. Dessa har, när så bedömts värdefullt, kompletterats med att individer med kompletterande kompetens adjungerats till möten.

Arbetsgruppen ser ingen anledning till att särskilja mellan klinisk revision och professionsstyrd kvalitetsgranskning. Dessa överlappar varandra. En medicinsk revision värd namnet måste inbegripa professionell granskning; omvänt kan kvalitetsindikatorer som ingår i en ändamålsenlig revision med fördel användas vid en granskning kollegor emellan.

En utmaning har varit att göra en avvägning mellan revisionens omfattning och det trots allt begränsade tidsutrymmet. Även balansen mellan att innefatta relativt svårkvantifierbara värden, t.ex. beträffande etik och förhållningssätt, och att identifiera och utvärdera mätbara indikatorer, var viktig. Bäggedera behövs i en klinisk revision. I flera av de utförda revisionerna drogs nytta av data från Öppna jämförelser och relevanta kvalitetsregister, samt för primärvårdens del, PrimärvårdsKvalitet. Dessa kan i sig vara viktiga som kvalitetsindikatorer, samt utgöra rimliga utgångspunkter för dialog under revisionen. Registerdata behöver dock tolkas samt sättas in i ett kliniskt sammanhang och de kan inte ersätta *Hippokratesrevision*. Knutet till detta är även frågan om hur öppet utfallet av revisionen ska redovisas, och om fokus ska läggas på enhetens medicinska kvalitetsresultat eller på relevanta processmått. Uppfattningen är att det förstnämnda är centralt, men å andra sidan är förutsättningarna olika inom olika specialiteter. Likaså behöver frågan om revisionen i framtiden bör vara associerad med certifiering respektive ackreditering diskuteras (MKR 2001). Certifierings- respektive ackrediteringsförfaranden förutsätter dock att det i nuläget tentativa pilotbaserade ramverket får en större spridning och allmän acceptans.

En annan diskussionsfråga är om även organisatoriska delar, inklusive styr- och ledningssystem, skall inbegripas i revisionerna. I grunden uppfattar arbetsgruppen att uppdraget i första hand gäller medicinska och etiska, dvs i första hand kliniska, delar av verksamheten. Å andra sidan är en lärdom att ledningsfunktionen, även den administrativa, kraftfullt inverkar även på verksamhetens utfall och kvalitet. Vidare upplevdes det som mycket värdefullt för de medicinska revisorerna i det fall (Örebro) som en verksam-



hetsrevision hade utförts före den medicinska granskningen. Inte minst utgjorde denna en relevant grund för analys av identifierade utmaningar och problemområden på de granskade klinikerna, t.ex. beträffande prioriteringar. Att inkludera ledningsfunktionen ger även väsentlig information om enhetens förutsättningar och frihetsgrader att förändra sin verksamhet, t.ex. utifrån styrande ersättningssystem.

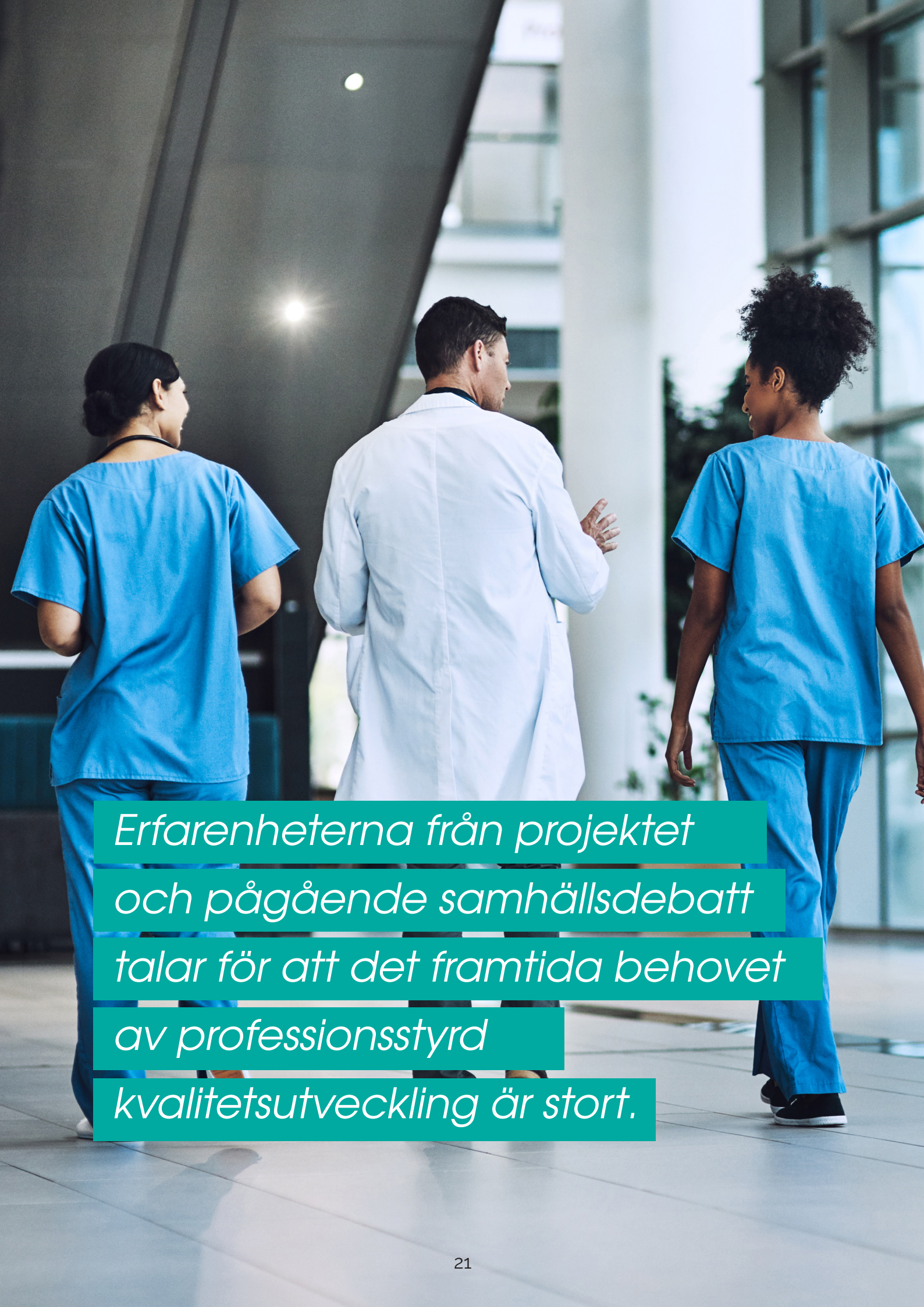
Arbetsgruppen har tagit del av erfarenheter från tidigare och pågående andra revisionsprojekt, såsom MKR, SPUR-inspektionerna, triangelrevisioner (SKR) och i viss mån har lärdomar kunnat dras av dessa. Å andra sidan finns skillnader i förutsättningar, dels över tid, dels mellan olika områden. Skillnaderna har bland annat med olika samtida inställning till kvalitetsrevision att göra (Jacobsson 2019), delvis betingat av gjorda erfarenheter av och skepsis till NPM, samt olika förutsättningar för finansiering och huruvida formella föreskrifter föreligger.

Det framgår tydligt att det föreligger en viss disharmoni mellan SLS och potentiella avnämares/finansiärers syn på sjukvårdens styrning, centrala etiska värden och mål (Lindgren 2017, Lindgren 2017, Skogseid 2018, Skogseid 2019, Cizinsky 2019, Stensmyren 2019, Ström 2020). Därmed är det troligt att det också kan finnas skillnader i synen på kvalitet och vad en revision bör innehålla. En

potentiell målkonflikt kan utgöra ett hinder för spridning av revisionsramverket, särskilt om utgångspunkten är att förhållandet mellan mål och etiska värden respektive kvalitetsgranskning/-revision är en helt centralt. Detta utgör i sig ett problem, då det i praktiken är just avnämarna, i bemärkelsen arbetsgivar-sidan, som kan efterfråga *Hippokratesrevision*, åtminstone då det kommer till finansiering. Därav följer att det är en framtida utmaning att säkra en robust finansiering avseende en markant utökad professionell revisionsverksamhet. Skillnader mellan SLS och finansiärernas syn på vårdens mål kan även påverka det praktiska genomslaget av genomförda revisioner. Det är arbetsgruppens bedömning att SLS kan komma att behöva samverka med andra aktörer för att kunna säkra finansieringen. Formerna för denna samverkan samt vilka aktörer som kan vara aktuella behöver diskuteras.

Slutsatser

- Via SLS projekt Professionsstyrd kvalitetsutveckling har fem revisioner skett inom tre huvudomåden talande för god genomförbarhet
- Ett tentativt revisionsramverk bestående av en generisk del och en specialitetsspecifik del har tagits fram, och för att utveckla och sprida ramverket krävs fördjupad samverkan mellan SLS och specialitetsföreningarna
- Vårdens kvalitetsvärdering och – utveckling måste i högre grad än idag utgå ifrån de grundläggande yrkesmässiga värdena etik och vetenskap, och dessa utgör kärnvärden i revisionsmodellen
- Förankring och förberedelse arbete inför revision är avgörande för framgång
- Erfarenheterna från projektet och pågående samhällsdebatt talar för att det framtida behovet av professionsstyrd kvalitetsutveckling är stort
- Utmaningar beträffande spridning av revisionsprojektet är:
 - a) att det finns skillnader mellan SLS och potentiella finansiärers syn på vårdens mål, hur vårdens kvalitet ska bedömas och vad en medicinsk revision bör innehålla; samt
 - b) hur en robust finansiering ska säkras för professionsstyrd kvalitetsutveckling

A photograph of three healthcare professionals walking away from the camera in a modern, brightly lit building. On the left is a woman with dark hair tied back, wearing blue scrubs. In the center is a man in a white lab coat, gesturing with his right hand. On the right is a woman with dark curly hair, also in blue scrubs. They are walking on a light-colored tiled floor. The background shows large glass windows and architectural details of the building.

*Erfarenheterna från projektet
och pågående samhällsdebatt
talar för att det framtida behovet
av professionsstyrd
kvalitetsutveckling är stort.*

Referenser

- Ahlbäck Öberg S. Widmalm S. (2016). Att göra rätt – även när ingen ser på. Statsvetenskaplig tidskrift 118(1).
- Akner G. Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om äldre vårdscenarier. Stockholm: Liber; 2004.
- Asplund K. Den evidensbaserade medicinen är nödvändig men inte tillräcklig. Bör kompletteras inom områden där det vetenskapliga underlaget är svagt. Läkartidningen nr 37, 2001.
- Bengtsson F, Hermerén G, Höglund P, Sahlin N-E, Westerholm B. NT-rådet underminerar riksdagens plattform för prioriteringar. Läkartidningen. 2016;113:EDAC
- Bringselius, L. Tillitsbaserad styrning och ledning: Ett ramverk. (2 uppl.) (Samtal om tillit i styrning). Rapport. Lund 2017. Stockholm: Tillitsdelegationen.
- Brölde B. Kvalitet, värde och livskvalitet, i Strannegård, Lars, (red) Den omätbara kvaliteten, 2014.
- Cizinsky S, Järhult B, Lindell P, Wingstrand H. Fundamentet i läkargärningen riskerar att avskaffas. Läkartidningen. 2019;116:FWSC
- Hermerén G, Sahlin N-E. Prioriteringsplattformen kan stärka förtroendet för vården. En stötta för rättvis fördelning av våra gemensamma resurser. Läkartidningen 51-52/2019.
- Höglund AT, Falkenström E. The status of ethics in Swedish health care management: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2018 Aug 6;18(1):608.
- Jacobsson B, Pierre J, Sundström G. Granskningen av det offentliga har blivit för detaljfixerad. DN Debatt. Dagens Nyheter 191221.
- Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården, SOSFS 1996:24, Socialstyrelsen 1996.
- Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost L. The Improvement Guide - A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996.
- Lind M. NPM:s problem ligger i tillämpningen. DN Debatt. Dagens Nyheter 15-06-25.
- Lindgren S. Politiker duckar för frågan om prioriteringar i vården. Dagens Samhälle 17-11-02.
- Lindgren S. Sallin K. Principen att prioritera vård efter behov sätts ur spel. Debattartikel. SvD 17-01-11
- Löfmark R. Etiken är basen i varje läkares vardag. Läkartidningen 09-12-21.
- Löfven S. Valfärdens yrken måste få sin frihet och status åter. DN Debatt. Dagens Nyheter 131115.
- Medicinsk revision: särtryck av en serie i Läkartidningen 1991–1992. Läkartidningen, 1993.

- Prioriteringscentrum 2007. Vårdens alltför svåra val. Linköping: Prioriteringscentrum; 2007.
- Riksrevisionen 2014:22. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014. Rapport.
- Sackett DL et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill-Livingstone, 2000.
- Sandman L et al. Etiska aspekter på åtgärder inom hälso- och sjukvården. En vägledning för att identifiera relevanta etiska frågor. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2014.
- Shaw CD, Costain DW. Guidelines for medical audit: seven principles. BMJ 1989; 299:498-9.
- Skogseid B, Sandlund M. Urholka inte principen att vård ska ges på lika villkor Dagens Samhälle 18-09-14.
- Skogseid B, Pukk Härenstam K. Oroande att standardiserade vårdförlopp införs brett i vården. Läkartidningen. 2019;116:FXCU
- Smer 2009. Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd; 2009.
- Smer. Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys. Stockholm: Smer 2019 (Smer rapport 2019:2)
- Socialdepartementet. Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prop 1996/97:60.
- SOSFS 2005:12. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 2005.
- SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
- Spri 1987. Kvalitetssäkring: att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet. Stockholm 1987 (Spri rapport 230).
- Spri 1992 Medicinsk revision. Stockholm 1992. (Spri rapport 287).
- Stensmyren H, Thorwaldsson K-P. Privata sjukvårdsförsäkringar underminerar offentlig vård. Dagens Nyheter 19-12-05.
- Ström M. Läkarsällskapet: Sjukförsäkringar strider mot vårdens etiska principer. Lakartidningen.se 2020-02-12
- Studieförbundet Näringsliv & Samhälle 2014. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. Forskningsrapport. SNS Förlag. Stockholm 2014.
- Svenska Läkaresällskapet 2015. ”En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum” (EVV). Rapport 2015.

Svenska Läkaresällskapet 2016. Utveckling av Professionell granskning och Klinisk revision. Direktiv (SLS Nämnd) till arbetsgrupp december 2016. Rapport 2016.

Svenska Läkaresällskapet 2020. Etik. Viktiga värden i hälso- och sjukvården. För en hälso- och sjukvård med hög etisk medvetenhet och med patientens behov i centrum. Stockholm 2020.

Svenska Läkarförbundet 2017. Läkarförbundets etiska regler. Råd och stöd. Stockholm 2017.

Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision 2001. ”Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten”. Rapport 2001

Tillitsdelegationen 2018. Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen (SOU 2018:47). Stockholm 2018.

Vahlne Westerhäll L, Ekerstad N. Vårdgaranti vs prioriteringar – hur följer vården lagen? Läkartidningen. 2019;116:FMM7.

Werkö L. Evidensbaserad medicin: Många kritiker missförstår EBM. Läkartidningen nr 32-33, 2001.

World Medical Association 2006. WMA International Code of Medical Ethics. Statement. Pilanesberg 2006.

Zaremba, M., 2013. Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Stockholm: Weyler.

Bilagor

Bilaga 1. Ekerstad N, Löfdahl CG. Medicinsk revision av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus. Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2018.

Bilaga 2. Nilsson A. Organisation Hjärtlungkliniken Örebro. Verksamhetsrevision. Rapport. Svenska Läkaresällskapet. Örebro 2018.

Bilaga 3. Arvidsson E, Gäre Arvidsson S, Zetterberg L. Kollegial kvalitetsdialog i primärvården En del i Svenska Läkaresällskapetets pilotprojekt för Professionell granskning och klinisk revision. Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2019.

Bilaga 4. Zar N, Hallman L. Revision av kirurgkliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås. Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2019.

Bilaga 5. Dokument revision

- a) Avtalstext
- b) Två exempel på startdokument: Medicinsk Kvalitetsrevision 2001;
G. Akner
- c) Flödesschema för revision enligt tentativ modell
- d) Domäner och frågeställningar, revisionens generiska del

Bilaga 1

Bilaga 1. Ekerstad N, Löfdahl CG. Medicinsk revision
av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus.
Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2018.



Svenska
Läkaresällskapet

Medicinsk revision

av

Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus



Niklas Ekerstad
Claes-Göran Löfdahl

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Bakgrund och syfte.....	3
Metod och genomförande.....	4
Kardiologi.....	5
Lungmedicin.....	9
Samverkan mellan kardiologi och lungmedicin, särskilt om hjärtsvikt och KOL.....	12
Sammanfattning och rekommendationer.....	14
- Huvudsakligt utfall	
- Rekommendationer	
- Metodologiska synpunkter	
Referenser.....	16
Bilagor.....	17

Rapporten sammanställd av

Niklas Ekerstad, med dr, specialist i internmedicin och kardiologi
Claes-Göran Löfdahl, professor emeritus, specialist i internmedicin
och lungmedicin för Svenska Läkaresällskapet, 2018

Denna medicinska revision utfördes på uppdrag av Svenska Läkaresällskapet (SLS) och efter samråd med aktuella sektioner inom SLS. Den skedde enligt överenskommelse mellan SLS och verksamhetschefen för Hjärtlungkliniken Universitets-sjukhuset i Örebro (Stella Cizinsky) (bilaga 1) och föregicks av en verksamhetsrevision med fokus på organisation, ledning, ekonomistyrning och personalfunktion (Nilsson 2018).

Revisionen utgör en del av ett pilotprojekt för professionell granskning och klinisk revision i SLS' regi. Dess övergripande syfte är dels att belysa en enhets styrkor och svagheter med utgångspunkt i medicinsk kvalitet, vetenskap och etik, dels att stimulera utveckling och kvalitetsförbättringar. Den utfördes fysiskt på Hjärtlungkliniken den 12-13 mars 2018 av Niklas Ekerstad, med dr, specialist i internmedicin och kardiologi och Claes-Göran Löfdahl, professor emeritus, specialist i internmedicin och lungmedicin. Besöket i Örebro föregicks av förberedelser utifrån bland annat studier av registerbaserade kvalitetsdata, i kardiologins fall i samarbete med Joakim Alfredsson, docent, specialist i internmedicin och kardiologi.

Bakgrund och syfte

I SLS' rapport "En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum" (EVV) (Svenska Läkaresällskapet 2015) betonades bland annat vikten av att professionella värden får större genomslag i svensk sjukvård än idag. Till dessa värden hör vetenskap och beprövad erfarenhet samt ett fokus på etiska värden med betoning på vårdbehov och patientnytta.

På basen av EVV's arbete beslutades i SLS Nämnd december 2016 om direktiv till en arbetsgrupp med beteckningen Arbetsgruppen för professionell granskning och klinisk revision (Svenska Läkaresällskapet 2016).

Direktivet kan även ses som en fortsättning på det samarbete mellan SLS och Sveriges läkarförbund som utfördes för ett par decennier sedan och som utmynnade i rapporten "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten" (Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision 2001). Här summerades att syftet är "...att främja enhetens interna kvalitetsarbete genom att via en extern kvalitetsrevision värdera enhetens medicinska kvalitet och påvisa förbättringsmöjligheter. Grundprincipen är att enheten själv beställer Medicinsk Kvalitetsrevision."

Arbetsgruppens (AG) huvuduppgifter är att utveckla en modell för medicinsk granskning och revision samt att i nära samarbete med relevanta sektioner i SLS testa modellen via två pilotfall. AG började formeras sommaren 2017 och har sedan dess mötts vid tre tillfällen på SLS under workshop-liknande arbetssätt.

Denna rapport utgör en del av det första pilotfallet, dvs medicinsk revision av Hjärtlungkliniken i Örebro.

Metod och genomförande

För att skapa en grund för en tentativ modell för professionell granskning och klinisk revision har företrädesvis följande källor använts:

- EVV-rapporten
- SLS' direktiv till AG
- Rapporten "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten" (MKR)
- Workshops som genomförts av AG och de kunskaper och erfarenheter som gruppmedlemmarna bidragit med

AG har framhållit följande fyra dimensioner av medicinsk kvalitetsrevision, här kallade domäner: vetenskap och medicinska resultat, etik, patientsäkerhet samt utbildning. Till vardera domänen har knutits ett batteri av 3-5 frågor (bilaga 2). Dessa frågor kompletterades med det startdokument som anges i MKR (bilaga 3). Metodiken har inspirerats av i MKR nämnda metodreferenser.

Inför revisionen utsågs tre revisorer av AG/SLS i samråd med Sektionen för Kardiologi (Svenska Kardiologföreningen) respektive Sektionen för Lungmedicin (Svensk lungmedicinsk förening), två av revisorerna att utföra revisionen fysiskt.

I revisorernas förberedelser ingick följande: studier av hur enheten hävdar sig vad gäller relevanta utfalls- och processmått i kvalitetsregister (SWEDEHEART, Riksvikt, Ablationsregistret, Pacemakerregistret, Luftvägsregistret, Cancerregistret, Socialstyrelsens rapporter utifrån öppna jämförelser ("Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar" 2015 respektive "Säker vård" 2016); intervjuer per telefon av nyckelpersoner på enheten; diskussioner mellan revisorerna inklusive utformande av protokoll för journalgranskning samt ram för intervjuer; studie av rapporten Verksamhetsrevision Örebro (Anders Nilsson 18-01-11). I synnerhet den sistnämnda dokumentet gav en värdefull grund avseende organisation och styrning av enheten, se bilaga 4. Besöket inleddes med att revisorerna återkopplade utfallet av förberedelserna med uppföljande dialog, dvs Återkoppling I i figuren nedan. Schemat för revisionen den 12-13 mars framgår i bilaga 5.

Metodiken beskrivs övergripande i Figur 1.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Förankring SLS' sektioner- Förberedelser – kvalitetsindikatorer/register (NE, JA, C-GL)- Återkoppling I- Frågor/startdokument- Intervjuer- Journalgranskning (enligt protokoll)- Återkoppling II |
|--|

Allmänna synpunkter

Hjärt-lung-kliniken vid USÖ tillhör område thorax, kärl och diagnostik. För närmare beskrivning av struktur och organisation hänvisas till den utförd verksamhetsrevisionen, särskild skiss (se bilaga 4). Hjärtsektionen bedriver såväl bas-sjukvård som verksamhet inom alla högspecialiserade områden inom kardiologi. I denna revision har fokus riktats mot framför allt ischemi- och hjärtsviktsvård samt i viss mån arytmi-vård.

Kardiologsektionen presterar överlag väl eller mycket väl inom samtliga delområden sett utifrån data om kvalitetsindikatorer i kvalitetsregister. Detta intryck förstärktes efter genomförda intervjuer och journalgenomgångar. Relevanta kvalitetsdata återkopplas till verksamhetens medarbetare och utgör grund för diskussioner och lärande. Det finns även fora på kliniken för analys av patientfall som illustrerar medicinska och etiska dilemman, vilket är väl så viktigt som komplement. Vidare kännetecknas kliniken av ett i grunden etiskt förhållningssätt med goda möjligheter att dryfta etiska dilemman i kliniken samt ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. Det finns en stabil infrastruktur för forskning och en rimlig andel disputerade kliniska forskare och doktorander; möjligen skulle stegen mellan disputerad och professor behöva förstärkas (post doc- och docentnivå). Utbildningsklimatet uppfattas som generellt gott med goda möjligheter till både intern och extern utbildning.

Ischemivård

I SWEDHEART-registrets kvalitetsindex, bestående av 11 aggregerade kvalitetsindikatorer, framgår att Örebro 2017 återfanns bland tio främsta sjukhusen i landet (9.5 av 11 poäng). Det noteras även att Örebro under de tre senaste åren legat stabilt i den översta kvartilen, vilket talar för stabilitet, se Figur 2, bilaga 6, sidan 23. Kliniken presterar väl eller mycket väl vad gäller tio av elva kvalitetsindikatorer.

Detta inkluderar 2017 indikatorn andelen rökare som slutat röka vid andra uppföljningen och andelen som uppnått målvärde för fysiskt träningsprogram, vilket innebär förbättringar jämfört med tidigare. Särskilt väl hävdar man sig beträffande indikatorn start av reperfusion behandling inom rekommenderad tid vid STEMI. Data från RIKS-HIA visar även att en rimlig andel av de äldre patienterna med NSTEMI (80+) genomgår kranskärlsröntgen.

Den enda indikatorn där kliniken inte hamnar på övre halvan är andelen patienter som uppnått målvärde för blodfetter. Av intervjuer framgick dock att man i framtiden planerar för en utvidgad uppföljning av LDL-nivåer, vilket bör kunna leda till bättre redovisade resultat.

Hjärtsviktsvård

Det bedrivs en omfattande och bred hjärtsviktsvård motsvarande universitetssjukhusnivå, såväl inom slutenvården som inom öppen vård. Av relevanta register, t.ex. Riksvikt och rapporter inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser (Hälsö- och sjukvård vid kroniska sjukdomar 2015 respektive Säker vård 2016) framgår att kliniken hävdar sig väl. Man placerar sig exempelvis bland de främsta vad gäller kvalitetsindikatorn förekomst av basbehandling (betablockare och RAAS-hämmare) vid hjärtsvikt. En mycket stor andel av sviktpatienterna har fått sin vänsterkammarmfunktion värderad via ekokardiografi inom rimlig tid. Målvärden för blodtrycksbehandling uppnås till övervägande del.

Via hjärtviktsmottagningen strävar man efter att ombesörja snabba återbesök från slutenvården och akutmottagningen för handläggning och information. Väntetiden är oftast kort. För sviktpatienter med komplex klinik och/eller frekventa återinläggningar eftersträvas kontinuitet och långsiktig kontakt, vilket är väsentligt. Det råder ofta en samsjuklighet mellan hjärtsvikt och KOL. Som fallet sannolikt är för de flesta kardiologiska enheter, uppfattar vi utifrån journalgenomgång och intervjuer att det för vissa kroniska sviktpatienter kan finnas en förbättringspotential beträffande diagnostik av KOL, företrädesvis via fler spirometriundersökningar, se avsnittet om Samverkan mellan kardiologi och lungmedicin.

Arytmivård

Hjärtsektionen tillhandahåller en komplett arytmiverksamhet motsvarande universitetssjukhusnivå med utredning och behandling av patienter med brady- respektive takyarytmier samt patienter med indikation för sviktpacemaker (biventrikulär pacemaker). Man har ett nära samarbete med thoraxkliniken, och ablationsverksamheten, företrädesvis av förmaksflimmer, ökar.

Utifrån kända kvalitetsregisterdata hävdar sig kliniken väl. Exempelvis är den registrerade andelen skador efter nyinsättning eller byte av pacemaker jämförelsevis låg. Utförda intervjuer motsäger inte denna bedömning.

Av öppna jämförelser (Socialstyrelsen 2016) framgår dock att andelen patienter med förmaksflimmer och minst en riskfaktor för stroke, som erhåller antikoagulantia-behandling är tämligen låg för både män (70,5%) och kvinnor (66,0%). Dessa data kan mycket väl vara relaterade till handläggning i primärvården, och det framgick av intervjuerna att det har gjorts försök att samverka med distriktsläkarna. Mot bakgrund av Socialstyrelsens målnivå 80 procent kan här ändå finnas en förbättringspotential.

Etik

Förutom klinikens goda medicinska utfall, bedöms att den genomsyras av dels ett i vid mening etiskt förhållningssätt, dels en medvetenhet om innebörden i Hälso- och sjukvårdslagens etiska plattform för prioriteringar och dess fokus på att tillgodose svårt sjuka patienters vårdbehov. Det vittnas om goda möjligheter att dryfta och dra lärdom av etiska dilemman i kliniken.

Man är vidare medveten om risken för bortträngningseffekter (att patienter med stora och komplexa vårdbehov trängs undan till förmån för lindrigare sjuka pa-

tienter) vid alltför rigid följsamhet till exempelvis vårdgarantin. Man är medveten om den yrkesetiska plikten att synliggöra vårdbehov hos individer med nedsatt autonomi. Av journalgenomgångar och intervjuer framgår att s.k. brytpunktssamtal genomförs med patienter och anhöriga när så anses berättigat; med reservation för att det rör sig om ett stickprov.

Kliniken eftersträvar på ett rimligt sätt kontinuitet för i synnerhet patienter med komplexa vårdbehov, exempelvis sviktpatienter med samsjuklighet. Här kan emellertid finnas en förbättringspotential, i synnerhet i samverkan med primärvården. Det kan även finnas en förbättringspotential beträffande grunden för s.k. horisontella prioriteringar, dvs mellan olika verksamhetsområden. Denna fråga ägs dock inte primärt av Hjärtlungkliniken.

Patientsäkerhet

Kliniken tycks präglas av en ändamålsenlig syn på patientsäkerhetsarbete, det vill säga dess koppling till evidensbaserad medicin (vetenskap och beprövad erfarenhet) och rimliga foras för att stimulera arbetet. Verksamhetschefen är kliniskt verksam, även på akutmottagningen, och tar aktiv del i patientsäkerhetsarbetet. Intrycket utifrån gjorda intervjuer är att det råder fokus på att finna systemfel. Medicinskt ledningsansvariga involveras när så bedöms berättigat. Återkoppling sker återkommande till medarbetarna.

Det är ovanligt med utlokaliseringar och överbeläggningar när det gäller hjärtsektionens patienter. Beläggningstatistiken ger vid handen 85-95 procent beläggning vilket torde vara i det närmaste optimalt. Kliniken sticker generellt sett inte ut negativt beträffande tillgängliga data avseende förekomst av vårdskador, exempelvis fallskador, trycksår och vårdrelaterade infektioner. Andelen skador efter pacemakerimplantation är förhållandevis låg.

Utbildning

Av nyligen utförd SPUR-inspektion framgår att utbildningen av ST-läkare överlag fungerar väl, se den aktuella rapporten. Verksamhetschefen uppmuntrar ST-läkare att genomgå specialistexamen.

Utbildningsklimatet tycks generellt sett vara gott med tillfredsställande möjligheter till både intern och extern utbildning även för kollegor under fortbildning. Via utförda intervjuer ges intrycket att devisen "frihet under ansvar" gäller; en aktiv hållning premieras särskilt. Schemalagda utbildningstillfällen finns för samtliga medarbetare.

Sammanfattning

- Kardiologsektionen presterar överlag väl eller mycket väl inom samtliga delområden sett utifrån data om kvalitetsindikatorer i kvalitetsregister samt genomförda intervjuer och journalgenomgångar.
- Sektionen genomsyras av ett etiskt förhållningssätt och en medvetenhet om Hälso- och sjukvårdslagens etiska plattform för prioriteringar med fokus på vårdbehov.
- Sektionen präglas av ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete och det finns fora för att stimulera arbetet; utbildningsklimatet är generellt sett gott.
- Det finns förbättringspotential beträffande lipidsänkning, AK-behandling vid förmaksflimmer, samt samverkan med lungmedicin och primärvården om vissa patientgrupper.

Allmänna synpunkter på verksamheten

Den lungmedicinska delen av Hjärt-lungkliniken har en god verksamhet inom hela det lungmedicinska fältet. Detta framgår av den helt nyligen gjorda verksamhetsrevisionen av organisationen vid Hjärtlungkliniken. Av denna framgår att för slutenvården domineras spektrat av luftvägssjukdomar, där KOL (ca 17%) och lunginflammationer (13%), således tillsammans ca 30 procent av panoramat. Lungcancer svarar för cirka 23 procent. Motsvarande statistik för den öppna vården har inte kunnat återfinnas.

Vad gäller bemanning inom lungmedicin har man under senaste åren kunna bemanna läkartjänster i överordnad position. Däremot saknas flera ST-läkare, vilket såväl klinikledning som avdelningsledning inom lungmedicin är väl medvetna om. Man har gjort relativt stora ansträngningar, och man har ett rykte om en god handledarfunktion vid sektionen. En nyligen gjord SPUR-inspektion har också givit goda vitsord för utbildningsmiljön inom lungmedicin. En framtida möjlighet är att rekrytera nyfärdiga läkare från den nu startade läkarutbildningen i Örebro. Man har till exempel flera som gjort sina examensarbeten inom lungmedicin. Man påtar också att en positiv rekryteringsmöjlighet är att kliniken har en positiv inställning till extern utbildning såväl under ST som för specialister. Även rekryteringen av sjuksköterskor och undersköterskor har svårigheter, och kräver stora insatser av till exempel avdelningschefer. Den specialiserade vård som bedrivs, med till exempel ventilatorbehandling på kliniken av respiratoriskt sviktande patienter skapar ett stort behov av utbildning för patienter på avdelning och mottagning.

Lungkliniken har ansvaret för allergologisk verksamhet vid universitetssjukhuset, även om viss allergologisk verksamhet också bedrivs vid ÖNH-kliniken och inom barnsjukvården. Vad vi har kunnat förstå finns idag ingen specialistläkare för vuxenallergologi vid sjukhuset, efter att en aktiv allergolog avlidit. Detta är en svaghet. De företrädare (läkare och sjuksköterska) vid lungkliniken som ansvarar för vården av allergiska åkommor, med fokus på astma hos vuxna, gör ett bra arbete och de har goda utredningsmöjligheter. Man gör metakolintest, capsacintest förutom standardutredning med pricktest. Man driver hyposensibilisering på ett relativt stort antal patienter. Bedömningen blir då att denna vård sker i enlighet med dagens riktlinjer, men att formell kompetens saknas. Detta behöver givetvis korrigeras, och förhoppningsvis kan den verksamma läkaren relativt snart erhålla specialisering i allergologi tillsammans med sin lungspecialitet.

Samarbete med primärvården är etablerat på forskningssidan och man betonar vikten av att utveckla detta, även om personalsituationen i primärvården ibland försvårar samarbete. Kliniskt sker samarbetet genom normalt remissförfarande mellan specialistklinik och primärvård.

Vården av lungcancerpatienter

Den lungmedicinska sektionen har en stor lungcancerverksamhet, som bedrivs med en väl uppdaterad utrednings- och behandlingsarsenal som innehåller såväl EBUS som PET-undersökningar vid "staging" av tumörerna. Man har nära och bra samarbete med thoraxkirurgi och onkologi. Man har en rutin för rapportering till det nationella lungcancerregistret. Storleksordningen förefaller vara något minskande under de senaste åren, av ca 350 fall rapporterade 2014 – 16 är ca 130 fall rapporterade under 2015-16.

Från det nationella lungcancerregistrets årsrapport 2012-16 (publicerad i november 2017) kan man göra en god kvalitetsgranskning av lungcancer vården. För flertalet kvalitetsindikatorer är utfallet mycket gott. Några exempel är att andelen av patienter som diskuterades vid multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut i Örebro var 93 procent medan medianvärdet i landet var 77 procent. Bland 37 rapporterade enheter i Sverige kommer US i Örebro på sjätte plats. En indikator som speglar ett förhållandevis nytt tillskott vid utredning är användandet av "PET vid bedömning inför kurativt syftande behandling". Hundra procent av dessa patienter har genomgått PET, över medianvärdet som är 96 procent. Liknande goda siffror ses för "EGFR mutationstest", för "planerad palliativ cytostatika behandling" och för "planerad kurativt syftande kemoradioterapi vid lokalt avancerad sjukdom". För "Inrapporteringshastighet till kvalitetsregistret" är kliniken något lägre än riksgenomsnittet, och detta gäller också för andelen "patienter med icke-småcellig cancer som rekommenderas få kemoradioterapi", där endast 33 procent fått detta. För den senare indikatorn är riksgenomsnittet lågt, 43 procent, vilket är under målvärdet för indikatorn. Vid intervjuer med företrädare för denna cancer vård framkommer att det vid onkologikliniken tidigare funnits en uppfattning att man hellre endast bör ge kemoterapi till dessa patienter. Denna inriktning har på sistone korrigerats i enlighet med riktlinjerna.

Med tanke på klinikens universitetssjukhusstatus är det också negativt att registret visar att inga patienter vid kliniken deltar i strukturerade behandlingsstudier.

KOL

Kliniken har ansvaret för KOL-vården vid universitetssjukhuset, och förutom inkomsten till akutmottagningen sker den slutna vården i största utsträckning vid lungsektionen. Vår stickprovsundersökning av inneliggande patienter visar en generellt sett god vård. Patienter med måttligt svår respiratorisk insufficiens, pH 7,25-7,35 får i enlighet med riktlinjerna non-invasiv ventilation. Man noterar också att de etiskt svåra ställningstaganden som den mer finala vården vid KOL xxx har tillgodosetts, med tydlig dokumentation av "brytpunktsamtal" och diskussion av och remitteringar till palliativ vård.

En förvånande notering vid journalgenomgången är att flertalet av dessa patienter vid utskrivningen är försedda med inhalationsbehandling via inhalator t ex Pari-inhalator. Nyare riktlinjer påtalar att detta endast kan vara indicerat för ett synnerligen litet antal patienter. Inhalationsbehandling av spray via spacer kan i allmänhet ersätta inhalatorbehandlingen med lika god effekt, och man slipper då den besvärliga hanteringen av inhalatorer, med kontroller av hygien mm.

En brist vid denna genomgång av KOL-vården är att rapportering till luftvägsregistret ej genomförts i tillfredsställande omfattning. En förklaring till detta är troligen att bemanningen vid sektionen under de senaste åren varit bristfällig. Med den förbättring som skett under allra senaste tiden är det av betydelse att man nu bygger upp system för en förbättrad kvalitetsuppföljning av denna typ.

Av de relativt få öppenvårdspatienter med KOL vid sektionen som rapporterats till Luftvägsregistret framkommer att antalet aktiva rökare är högre än riksgenomsnittet, cirka 35 procent mot cirka 25 procent vid specialistvård i landet. Detta kan givetvis vara en spegling av en högre rökprevalens i regionen, men det understryker ytterligare att den tobakspreventiva satsning som finns vid kliniken bör fortsätta och kanske intensifieras. Andelen som genomfört spirometri ligger helt nära riksgenomsnittet. Andelen fysiskt aktiva patienter under åren 2014-16 har vid kliniken minskat från 42 till 29 procent medan riksgenomsnittet går i motsatt riktning från 30 till 36 procent. Bland de få fall som rapporterats ses samma negativa trend finns för andelen influensavaccinerade med en minskning under dessa år från 80 till 65 procent. Rikssnittet har gått från 66 till 75 procent, med målvärdet 80 procent. Inga patienter rapporteras ha fått strukturerad patientutbildning om KOL, vilket måste vara ett rapporteringsfel. Socialstyrelsens målnivå är här 80 procent. Andelen patienter som registrerats med symtomskattningsformuläret CAT är 94 procent och det är över riksgenomsnittet (89 %). För denna indikator är målvärdet 95 procent. Eftersom antalet rapporterade patienter per år har varit i storleksordningen 30-40 måste man givetvis se med viss tveksamhet på dessa siffror. Emellertid ser man för flera indikatorer att kvaliteten har minskat, och det är därför man med förhoppning ser fram emot en mer specialiserad KOL-mottagning där man har större möjlighet att dels öka rapporteringen, dels få ett mera strukturerat omhändertagande.

Avsaknaden av rapportering till Luftvägsregistrets modul för inlaggande patienter under senare år måste påpekas. Det är av största vikt för den här patientkategorin, och därmed också för den lungmedicinska specialiteten, att man skapar underlag för kvalitetsgranskning av denna vård. Inlaggande KOL-vård är betydelsefull i patientledet eftersom det är en av de starkaste indikatorerna i sjukvården för framtida morbiditet och mortalitet. Hälsoekonomiskt är också sjukhusvård vid KOL synnerligen viktig. Samhällets kostnader för KOL styrs i stor utsträckning av sjukhusvården.

Sömnapné

Lungsektionen utreder för närvarande drygt tusen patienter årligen för sömnapné. Till det nationella registret Swedevox har man 2016 (senaste offentliggjorda data) rapporterat cirka 500 patienter som fått CPAP. I detta register finner man goda data för lungsektionen vid universitetssjukhuset. På flertalet mätparametrar hävdar sig kliniken väl i en nationell jämförelse. Ledtiden från diagnostisk nattregistrering till start av behandling är något sämre än riksgenomsnittet med cirka 100 dagar där riksmedianen är cirka 70 dagar. Ledtiden för remiss till utredning är ungefär som riksmedianen.

Sömnapnéverksamheten är för närvarande under omorganisation. Utredningen kommer att utföras utanför sjukhuset, utprovningen av apparatur vid sjukhuset.

Forskning

Sektionen har tre disputerade läkare, och två har lämnat in docenturansökan till bedömning. Man har aktivitet inom KOL-området, där det sedan 2010 har publicerats 29 artiklar enligt PubMed. Arton av dessa har publicerats sedan början av 2016. Arbetena har framför allt haft en epidemiologisk profil. Med initiativ från kliniken (Josefin Sundh) har samarbeten etablerats med olika andra forskningsgrupper inom detta område. Detta område har en väsentlig potential för framtida forskningsinsatser, och det är också lovande att det inom detta projekt finns flera potentiella och registrerade doktorander. Ett gott initiativ är att man även inkluderat primärvårdsläkare i forskningsgruppen.

Inom rökavvänjningsområdet finns också en väl etablerad verksamhet. Man kommer nu att ta en viktig del i etablerandet av ett nationellt register för rökavvänjning, och detta kommer att kunna bli av stor betydelse i kvalitetssäkringen av denna verksamhet.

Sammanfattning

Verksamheten vid lungsektionen vid regionsjukhuset i Örebro är på ett helt adekvat sätt fördelad på de olika delar som berör specialiteten. Här följer några av de viktigaste observationerna:

- Lungcancervården är mycket god i ett nationellt perspektiv
- Vården av KOL måste ses som helt adekvat, med en synnerligen funktionell verksamhet bedömt utifrån stickprovsundersökningar av vårdjournaler. Tyvärr saknas möjlighet att i närmare detalj utvärdera den, eftersom rapporteringen till nationellt kvalitetsregister skett mycket sporadiskt
- Rapporteringen till Luftvägsregistret behöver således förbättras såväl för den öppna vården som för vården av inneliggande patienter. Rapporteringen i de något äldre registren för lungcancer och långtidsoxygen samt CPAP-behandling är god
- Vården vid sömnapné är god i ett nationellt perspektiv, möjligen med en liten eftersläpning i tiden till behandlingsstart med CPAP efter den diagnostiska utredningen
- Forskningen har ökat de senaste åren, och har en lovande KOL-ansats
- Man är medveten om och tillämpar ett gott etiskt förhållningssätt, dels i prioriteringsfrågor, dels i handhavandet av svårt sjuka patienter med dokumenterade samtal inför en final palliativ vård. Man har också förhållandevis goda möjligheter att, i de fall plats inte bereds på palliativa enheter, vårda patienter med final respiratorisk svikt och final lungcancer
- Vidareutbildningsmöjligheter för läkare är goda
- Bemanningssituationen för fasta överläkare har blivit god under de senaste åren. Det är en brist att sektionen inte har någon ST-läkare för närvarande
- Det finns ett behov av formell läkarkompetens på allergiområdet

Samverkan om hjärtsvikt och KOL

Organisatoriskt har hjärtlungkliniken funnits som gemensam enhet i omkring tre år. Under denna tid har man enligt den tidigare organisatoriska utredningen gjort goda ansatser för att skapa en organisatorisk enhet. Vi ser ett behov av att granska samarbetet närmare inom de områden, där patienters medicinska behov, såväl differentialdiagnostiskt som behandlingsmässigt, bättre kan tillgodoses genom ett stärkt medicinskt samarbete. De områden vi har sett som viktiga medicinska samarbetsområden är omhändertagandet av de multisjuka, kanske något äldre, patienterna, som har samtidig hjärtsvikt och KOL. Ett ytterligare område där liknande samarbete bedöms vara av vikt är vid kardiovaskulär sjukdom och sömnapné.

Vad gäller samsjuklighet mellan hjärtsvikt och KOL finns det såväl internationella som nationella data som visar att hos patienter med primär KOL-diagnos i ett primärvårdsperspektiv föreligger en samtidig hjärtsvikt hos 20-40 procent av patienterna. I det svenska Luftvägsregistret har man på inläggande KOL-patienter rapporterat hjärtsjukdom hos 60 procent. Studier av oselektade hjärtsviktpatienter där man gjort spirometri har visat att 35-40 procent har KOL, varav 50 procent har systolisk dysfunktion och 50 procent diastolisk dysfunktion.

Vi har därför valt att göra en mindre journalgenomgång(cirka 15 patienter) för att se på dessa patientkategorier. Vi har valt ut inläggande och några få öppenvårdspatienter där dessa diagnoser förekommer, dels separat, dels kombinerat. Vi har där granskat underlag för diagnoser, och om samsjuklighetsfrågan enligt journalen har beaktats. Hos de patienter där båda diagnoserna finns i epikriserna kan man sammanfatta fynden, att man har diagnostiskt säkerställt diagnoserna spirometriskt och med EKO. Vid något fall med närmast terminal KOL kunde vi inte återfinna spirometri, och patienten var uppenbarligen inte i skick att genomföra detta. Hos patienter vårdade på lungmedicin kunde vi några fall där man inte gjort någon värdering av hjärtsvikt. Rekommendationen är ju att göra åtminstone NT-pro-BNP. Likaså fann vi några fall vårdade på hjärtsektionen under diagnosen hjärtsvikt, där rökanamnes och sjukdomstillstånd sannolikt hade motiverat en spirometri för att klargöra om patienten har KOL. Behandlingsmässigt har de som fått respektive diagnoser fått en adekvat behandling i enlighet med gällande riktlinjer. Problemet uppstår där man inte diagnostiserar samsjukligheten och därmed inte får möjlighet att ge den behandling som kan minska såväl morbiditet som sannolikt också mortalitet, samt minska patientens symtombörda.

Vid samtalen med företrädare för de båda sektionerna framkommer att det inte finns något organiserat samarbete kring dessa patientkategorier. Informella kontakter ”i korridoren” förekommer givetvis. I avdelningsarbetet finns en möjlighet till förbättrat samarbete då man kommer att vårda hjärtpatienter på den lungmedicinska vårdavdelningen. En potentiell förbättring av samarbetet finns om man vid inrättandet av den planerade KOL-mottagningen skapar förutsättningar för ett närmare samarbete. Ett förslag skulle kunna vara att man har regelbundna ”multi(bi)-disciplinära” konferenser där man diskuterar aktuella fall.

Sammanfattning av revisionen

Huvudsakligt utfall

Det övergripande intrycket är att Hjärtlungkliniken vid USÖ fungerar medicinskt bra, i flera avseenden rent av mycket bra. Detta gäller både den kardiologiska och den lungmedicinska sektionen. Utifrån studerade kvalitetsregister presterar HLK väl, rent av mycket väl, vad gäller relevanta utfalls- och processmått. Detta intryck förstärktes via genomförda intervjuer och utförd journalgenomgång. Förutom goda medicinska utfall, genomsyras kliniken av dels ett i vid mening etiskt förhållningssätt, dels en medvetenhet om innebörden i den etiska plattformen och dess fokus på att tillgodose svårt sjuka patienters vårdbehov. Det vittnas om goda möjligheter att dryfta etiska dilemman i kliniken. Därvid kan tilläggas en ändamålsenlig syn på patientsäkerhetsarbete och rimliga fora för att stimulera arbetet. Det finns därutöver en stabil infrastruktur för forskning med en totalt sett rimlig andel kliniska forskare. Utbildningsklimatet tycks generellt gott med goda möjligheter till både intern och extern utbildning, vilket även framgick vid den senaste SPUR-inspektionen på kliniken.

Förbättringspotential

- Sekundärpreventiv lipidsänkande behandling
- Lungmedicinsk diagnostik (KOL) på sviktpatienter, särskilt äldre
- AK-behandling av patienter med förmaksflimmer
- Samverkan med primärvården beträffande vissa patientgrupper
- Stimulera till diskussioner om prioriteringsarbete på områdes- och förvaltningsnivå
- Förbättra rapporteringen till Luftvägsregistret
- Rekrytera ST-läkare till lungsektionen.
- Tillse att formell specialistkompetens finns på allergi-området
- Rekrytera lungcancer-patienter till behandlingsstudier

Metodologiska synpunkter

Den använda metodiken, en del av en tentativ modell under utveckling, tycks ha fungerat på ett rimligt sätt. Det var en styrka för legitimiteten att förankring skett med de relevanta sektionerna vid utseende av revisorer. En annan central framgångsfaktor var det grundliga förberedelsearbetet. Revisionen underlättades även av en mycket konstruktiv inställning hos deltagande personal och chefer. Även den tidigare gjorda verksamhetsrevisionen utgjorde en styrka, inte minst i fråga om struktur och organisation.

Två dagar fysiskt på plats torde utgöra en miniminivå; men säkerligen hade vissa delar av revisionen kunnat fördjupas genom ytterligare en dag. Förberedelsearbetet hade eventuellt kunnat kompletteras med en strukturerad enkät till utvalda personer på enheten. Intervjuerna och dialogen med enheten hade sannolikt kunnat göras skarpare, om journalgenomgången inlett arbetet dag ett. Journalgenomgången gjordes visserligen strukturerat via ett protokoll som de två revisorerna kommit överens om, men får likväl sägas ha skett ad hoc i samband med revisionstillfället; protokollet hade kunnat tas fram med mer framförhållning.

Referenser

Nilsson A. Verksamhetsrevision 2018. Hjärt-Lungkliniken, Region Örebro. Rapport 2018.

Svenska Läkaresällskapet 2015. "En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum" (EVV). Rapport 2015.

Svenska Läkaresällskapet 2016. Utveckling av Professionell granskning och Klinisk revision. Direktiv (SLS Nämnd) till arbetsgrupp december 2016. Rapport 2016.

Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision 2001. "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten". Rapport 2001.

- Bil. 1 Avtal mellan Svenska Läkaresällskapet (SLS) och Hjärt-lungkliniken vid Örebro Universitetssjukhus om extern medicinsk kvalitetsrevision
- Bil. 2 Den medicinska revisionens fyra domäner med frågor
- Bil. 3 Startdokument. Medicinsk Kvalitetsrevision 2001
- Bil. 4 Organisation Hjärtlungkliniken Örebro. Översikt. Verksamhetsrevision (Nilsson 2018)
- Bil. 5 Schema medicinsk revision Hjärtlungkliniken Örebro 12-13 mars 2018
- Bil. 6 SWEDEHEART-registret
- Bil. 7 Nationell lungcancerrapport

Avtalspart

Svenska Läkaresällskapet
101 35 Stockholm
SVERIGE

Kontaktperson:

Per Johansson, 08-440 88 65

Avtalspart

Hjärt-lungkliniken, USÖ
701 85 Örebro
SVERIGE

Kontaktperson:

Stella Cizinsky, 019-602 10 00

AVTAL

Svenska Läkaresällskapet (SLS) och hjärt-lungkliniken vid Örebro Universitetssjukhus är överens om att SLS ska genomföra en extern medicinsk kvalitetsrevision som försökspilot vid HLK under v.11 2018 eller vid annat överenskommet tillfälle. Piloten är del i framtagandet av en generisk modell för extern professionsbaserad kvalitetsrevision i SLS regi.

Kvalitetsrevisionen/piloten kommer att genomföras av två inspektörer, varav en specialist inom kardiologi och en inom lungmedicin, och beräknas ta en och en halv till två dagar. SLS står för inspektörernas kostnader när det gäller resor och uppehålle samt ersättning för eventuella inkomstbortfall och/eller arvode.

SLS revision kommer att komplettera tidigare verksamhetsrevision som genomförts vid HLK i januari 2018 och omfatta fyra områden:

- Etik och prioriteringar
- Vetenskap och medicinsk måluppfyllelse
- Patientsäkerhet
- Fortbildning

Resultatet från revisionen i form av promemoria eller rapport ägs av båda avtalsparter.

Avtalet har upprättats i två exemplar av vilka parterna erhållit var sitt.

Stockholm den 2018-02-13

För Svenska Läkaresällskapet

.....

Per Johansson, kanslichef

Örebro den 2017-02-13

För Hjärt-lungkliniken, USÖ

.....

Stella Cizinsky, verksamhetschef

Vetenskap/medicinskt utfall ur identifieras relevanta kvalitetsmått (process-, utfall-, struktur-)?

- Hur återkopplas relevanta kvalitetsregisterdata (ffa mortalitet och morbiditet) till verksamheten?
- Hur hävdar sig enheten vid jämförelse med andra liknande enheter?
- Hur stor andel av medarbetarna är disputerade eller doktorander?

Etik – prioriteringar

- Hur implementerar enheten den etiska plattformen för prioriteringar i praktiken?
- Hur identifierar och hanterar man bortträngningseffekter?
- Hur verkar enheten för samverkan och kontinuitet kring individer med komplexa vårdbehov?
- Hur synliggör man vårdbehov hos individer med nedsatt autonomi?

Patientsäkerhet

- Hur definierar enheten patientsäkerhet?
- Hur verkar enheten för patientsäkerhet?
- Hur involveras medarbetarna?

Fortbildning

- Hur stimuleras relevant utbildning på enheten?
- Hur många dagar per kollega och år avsätts för fortbildning?
- Data från SPUR-inspektion?
- Hur stor andel av ST-läkarna utför specialistexamen?

STARTDOKUMENT FÖR MEDICINSK KVALITETSREVISION

Ett exempel på en mall i förkortad version

Enhetens namn:

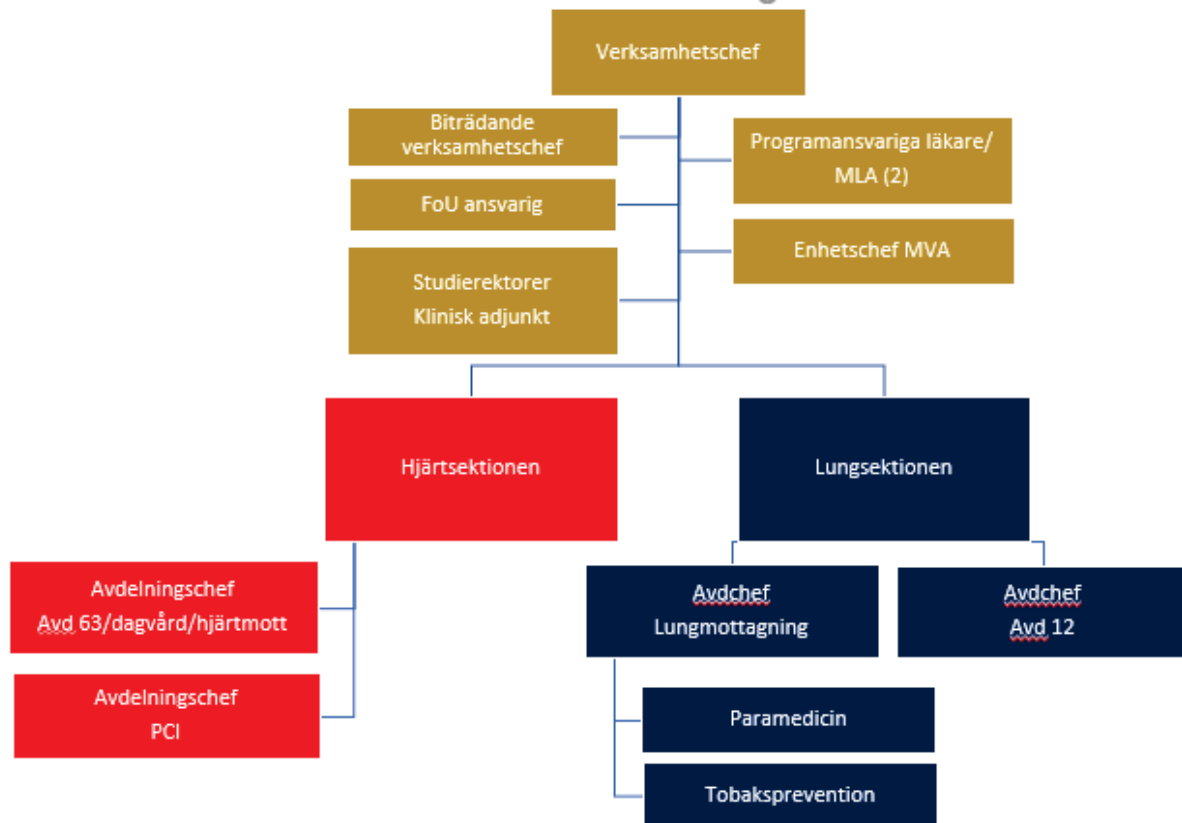
Enhetens adress mm:

Ort och datum:

Revisorer:

Inför planerad medicinsk kvalitetsrevision önskar revisorerna erhålla uppgifter samt befintliga dokument som beskriver följande områden:

1. Enhetens uppdrag, vårdbehov i befolkningen, verksamhetsplan
2. Enhetens resurser - användning och fördelning.
 - ledningsstruktur, organisation
 - bemanning, delegationer
 - lokaler
 - utbildning
 - forskning
3. Enhetens vårdutbud/behandlingsinriktning
 - vårdprogram
 - tillgänglighet
 - kontinuitet i patientarbetet
 - vårdmiljö
 - säkerhet, sekretess, ev. tvångsvård
 - dokumentation av vårdarbetet (journaler mm).
4. Nätverksperspektivet - samarbete med andra vårdgivare
5. Samråd med patienter, patientorganisationer, anhöriga och övriga närstående i utveckling av vården
6. Uppföljning och utvärdering av verksamheten, vårdresultat, använda indikatorer och mätvärden, resultat av enkäter, avvikelshantering och verksamhetsberättelse.

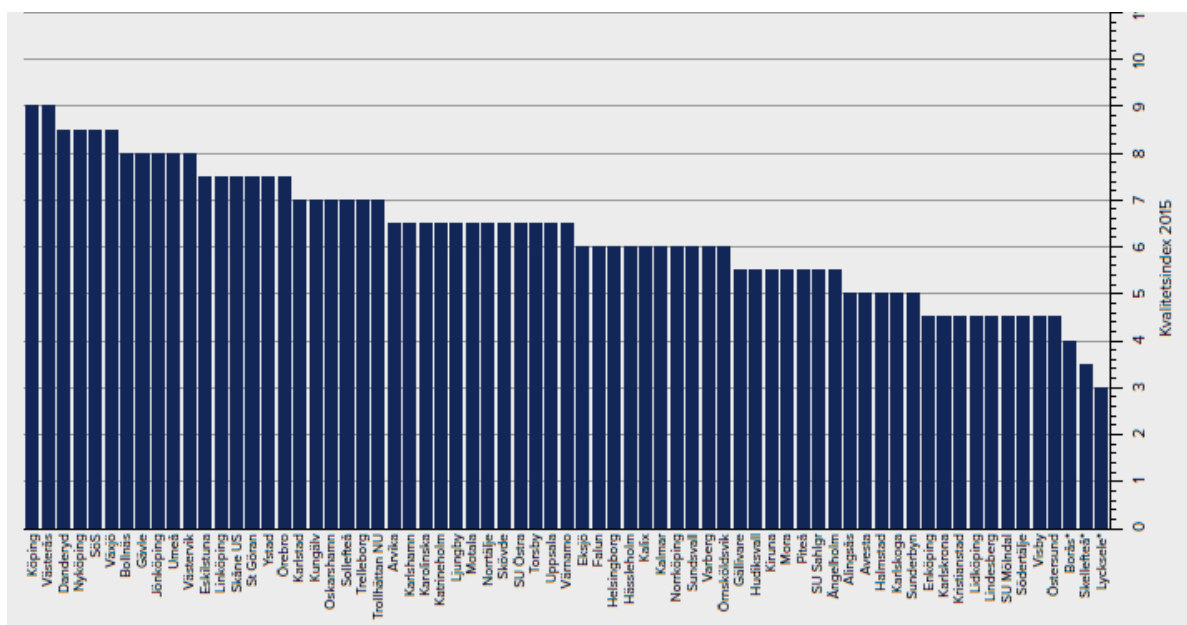
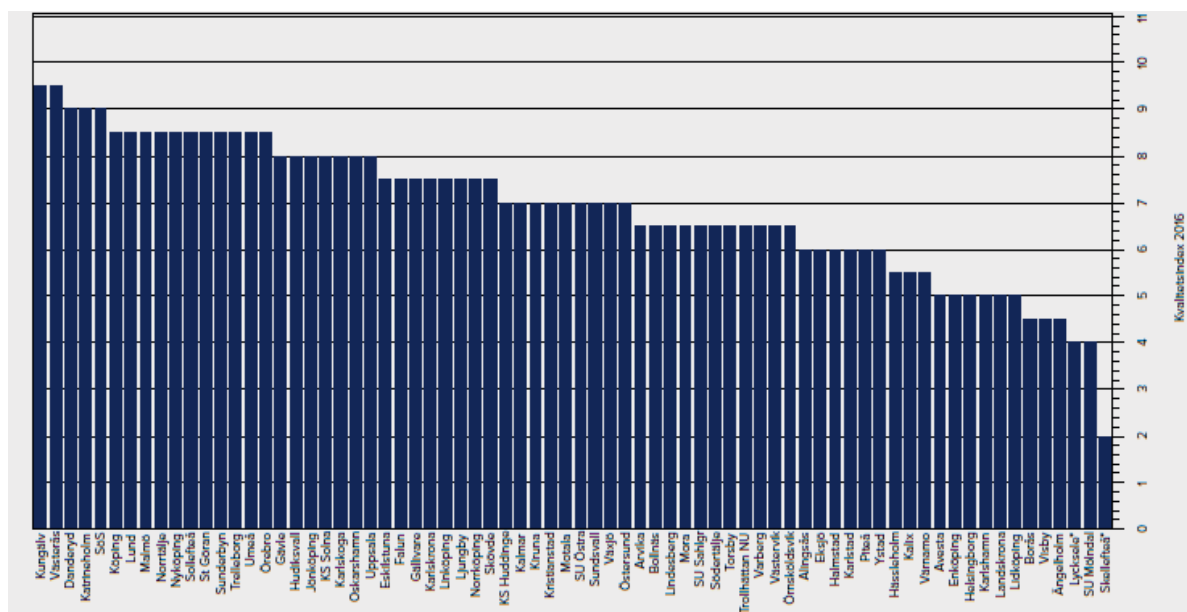
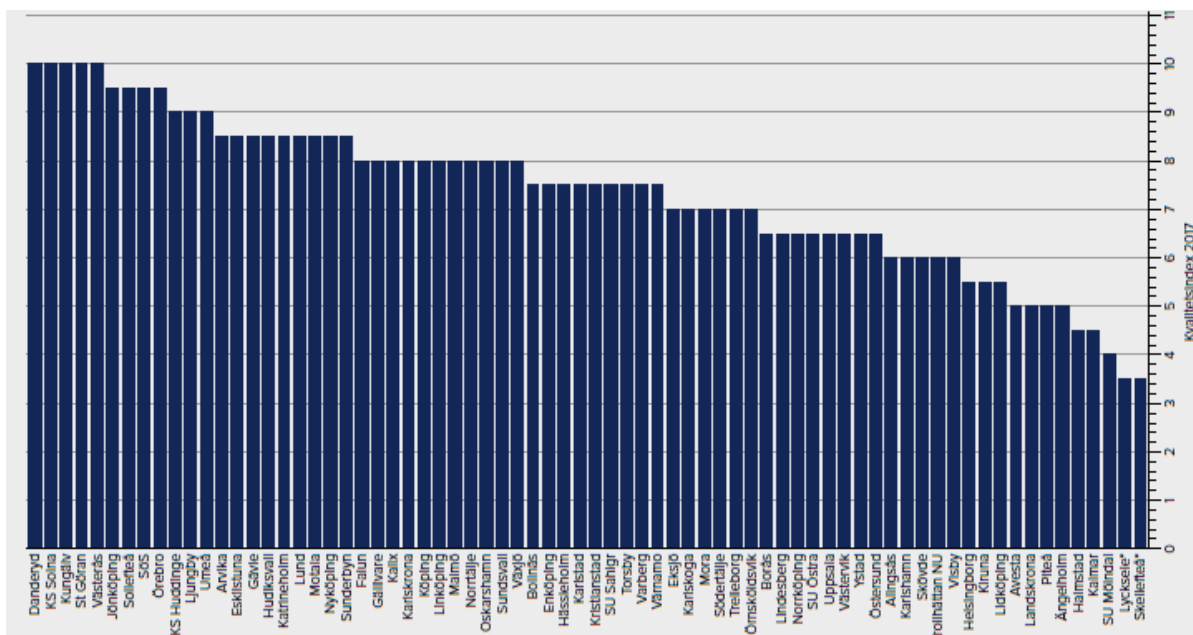


REVISION

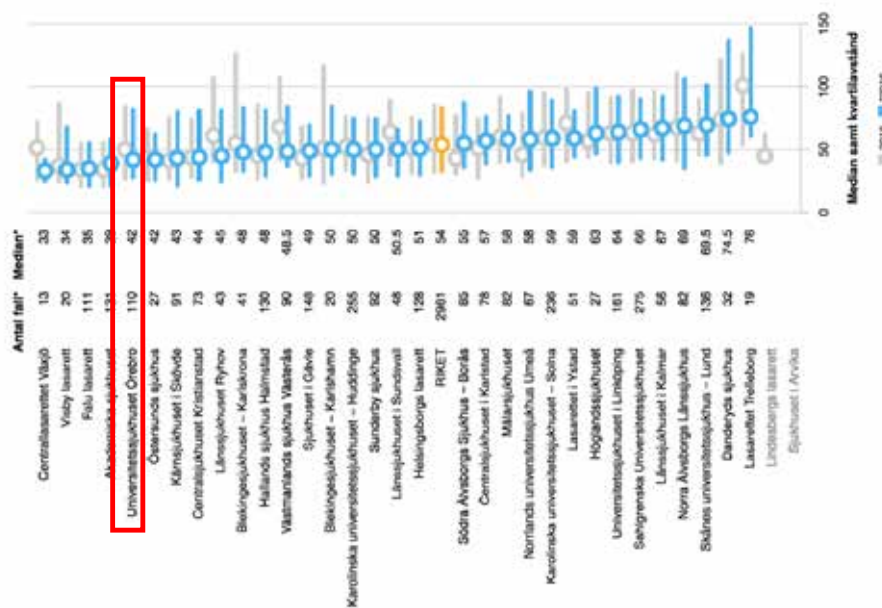
<i>Tidpunkt</i>		<i>Lokal</i>	<i>Fixas</i>
Måndag 12 mars			
11-12	Stella		
12-13.30	Medic. ledningsansvariga	Konf rum, avd 63, vån3	✓ Vegansk lunch för 8 pers ✓ Inbjudan skickad
13.30-14	Rundvisning		
14-15	Intervju ST-läkare	Konf rum avd 63, vån 3	✓ Inbjudan skickad - ✓ Fika beställd för 5 pers
15-18	<i>Journalgranskning</i>	<i>TPE, vån 2</i>	
15-16	Intervju hjärtsvikt	Konf rum avd 63	✓ Inbjudan skickad
16.00	OSAS	Konf rum, lungmott	✓ Inbjudan skickad
Tisdag 13 mars			
8-9	Intervju lungmedicin	Konf rum, Lungmott	✓ Inbjudan skickad - accepterad av alla
9-12	<i>Journalgranskning</i>	<i>TPE, vån 2</i>	
12-13.30	Lunch avd chefer	Konf rum avd 63	✓ Vegetarisk lunch för 6 pers ✓ Inbjudan skickad
13.30-15	Sammanfattning	Konf rum avd 63	✓ Inbjudan skickad

Användarsignatur beställd, lånekort (dörrar HLK) lämnas ut vid ankomst

BILAGA 6

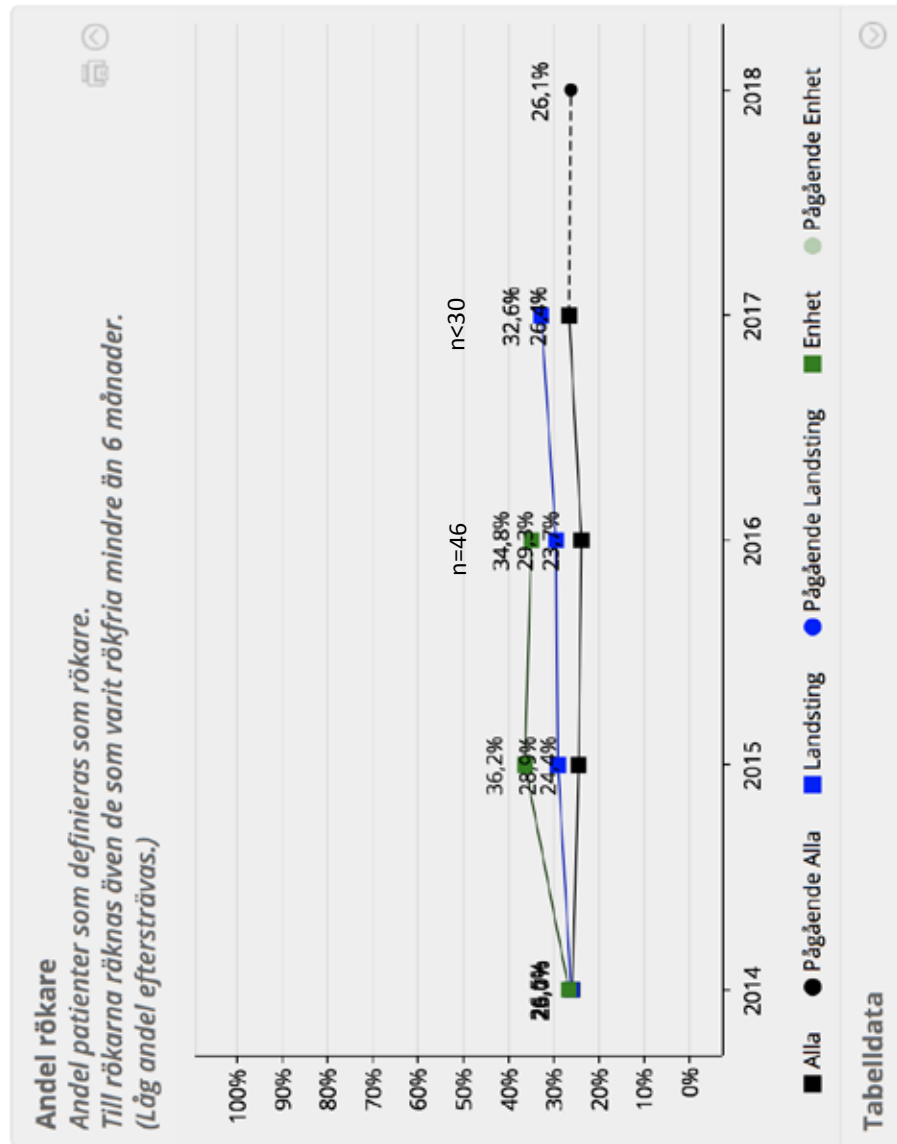


Nationell lungcancerrapport



Antal dagar mellan ankomst av remiss och behandlingsstart, per sjukhus, diagnosår 2015-16.

Luftvägsregistret - KOL



Svenska Läkaresällskapet

är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation,
en ideell, politiskt och fackligt obunden förening och verkar för
förbättrad hälsa och sjukvård i samhället.

Det gör vi genom att främja medicinsk forskning,
utbildning, etik och kvalitet, initiera och driva debatt, sprida
kunskap, stödja forskning och utarbeta riktlinjer, uttalanden,
rapporter och policydokument samt ingå i statliga utredningar
och besvara remisser.

Läs mer om verksamheten på

www.sls.se

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
101 35 Stockholm

08-440 88 60

www.sls.se

Bilaga 2

Bilaga 2. Nilsson A. Organisation Hjärtlungkliniken
Örebro. Verksamhetsrevision.
Rapport. Svenska Läkaresällskapet. Örebro 2018.

Verksamhetsrevision Hjärt-Lungkliniken Region Örebro

11 januari, 2018

Innehållsförteckning

Inledning.....	4
HLKs uppdrag och målbeskrivning	4
Organisation	5
Översikt	6
Chefsstruktur.....	6
Chefernas mandat	7
Ledningsgrupp	7
Facklig samverkansgrupp	7
Avvikelsegrupp	7
Möten på avdelnings/mottagningsnivå	7
Kommentarer på ledningskulturen	7
Erfarenheter från personalenkät.....	8
Riktlinjer/Nationella vårdprogram/Standardiserade vårdförlopp (SVF)	8
Regionala ansvarsområden - utomlänspatienter	9
Kvalitetsregister, lungkliniken	10
Kvalitetsregister, hjärtkliniken	11
Tobakspreventiva enheten (TPE)	12
Forskning och utveckling.....	13
Verksamhetsledning.....	14
Vårdavdelning/vårdplatsbehov	14
Lungkliniken.....	14
Kardiologen	14
Remissbedömning	14
Väntetider.....	15
Sjuksköterskemottagningar.....	16
Paramedicinska resurser	16
Rehabiliteringsprogram (inom/utom nationella vårdprogram).....	16
Ekonomistyrning.....	16
Ekonomiska utmaningar	17
KPP-data	17
Kostnadsnivå enligt KPP	18
Uppdrag 27.....	19
Personalfunktion	20
Personalsituationen på mottagning/avdelning.....	21
Kardiologen	21

Lungkliniken/mottagning	21
Lungkliniken/avdelning	21
Medicinsk vårdadministration.....	22
Läkarförsörjning	22
Utbildning/fortbildning	22
SPUR-inspektioner.....	23
Vårdpersonalens utbildning respektive standardutbildningar.....	23
Utbildningsbudget och kompetensförsörjningsplan.....	23
Sammanfattning och rekommendationer.....	23
Rekommendationer.....	24
Medicinsk revision.....	25

Inledning

Initiativet till en verksamhetsrevision har tagits av nuvarande verksamhetschef för hjärt-lungkliniken (HLK) , Stella Cizinsky (SC). Hon har varit klinikchef för kardiologen och sedan 2015 är hon chef för den sammanslagna hjärt-lungkliniken.

Revisionen har som uppgift att belysa klinikens styrkor och svagheter och ge klinikchefen stöd i det framtida ledningsarbetet. I samband med uppdragets inledning har en plan för revisionen tagits fram och presenterats för klinikchef och områdesledning. Arbetet har genomförts enligt denna plan med de justeringar som bedömts väsentliga med anledning av vad som framkommit under arbetets gång.

Från områdesledning och hälso- och sjukvårdsdirektör har uttryckts intresse för revisionen som man vill se som ett pilotprojekt. Inom Svenska Läkaresällskapet har det förts en diskussion om professionsledd styrning och verksamhetsrevision och även från Läkaresällskapet sida har man uttryckt en vilja att följa arbetet och stödja framförallt den medicinska utvärderingen av HLK.

HLKs uppdrag och målbeskrivning

HLK är förlagd till Universitetssjukhuset i Örebro och ansvarar för specialistvården inom kardiologi och lungsjukdomar inom Region Örebro län. Kliniken ingår i Område Thorax, kärl och diagnostik med Peter Rask som områdeschef.

I området ingår tre så kallade länsomfattande kliniker: Arbets-och miljömedicin, Laboratoriemedicin samt Röntgenkliniken. Övriga kliniker är Fysiologiska kliniken, avdelningen för sjukhusfysik samt de två kliniker som har vårdansvar (vårdavdelningar) dvs. Kärl-thorax-kliniken och Hjärt-Lungkliniken.

Kardiolog/lungmedicinska enheter finns inte på övriga sjukhus i regionen (Lindesberg/Karlskoga), hjärtpatienter behandlas inom allmän medicin.

PCI-verksamhet bedrivs som 7/24 verksamhet med fyra operatörer ingående i beredskapen, ytterligare två under utbildning. Detta innebär en hög beredskapsbörda per individ men motsvarar god normalbemanning i jämförbara landsting.

På lungkliniken finns två enheter som inte per automatik förknippas med uppdraget – det är mottagningen för sömnapnéutredning/behandling samt den tobakspreventiva enheten. Den senare har såväl primär- som sekundärpreventivt fokus och är länsomfattande.

Enligt uppgift skall sömnapnéutredningen överföras till privat aktör under våren 2018, däremot skall huvuddelen av utprovning av CPAP-utrustning ske på lungkliniken.

Utöver utflyttningen av sömnapnéutredningen innefattar det nya avtalet med Capio/Läkarhuset att kardiologimottagningen överförs till HLK. Detta medför en belastning med ytterligare cirka 1800 mottagningsbesök per år. Sannolikt finns här ett antal patienter som kan återföras till primärvården efter ett till två besök. Detta kommer dock att påverka hjärtmottagningen till hög grad under 2018.

HLK är en del av Universitetssjukhuset i Örebro som även har status som regionsjukhus i Uppsala-Örebroregionen (den enda sjukvårdsregionen i Sverige som har två universitetssjukhus). Detta medför att man har ett forsknings- och utvecklingsansvar samt deltar aktivt i undervisningen av läkarkandidater. Som regionklinik förväntas man också tillhandahålla viss klinisk expertis och/eller utrednings/behandlingskapacitet som inte finns på regionens länssjukhus.

Någon tydligt formulerad uppdragsbeskrivning för HLK-kliniken från områdesledningen eller hälso- och sjukvårdsledningen med avseende på ovanstående finns inte, vare sig när det gäller det kliniska ansvarsområdet för Region Örebro, den större Uppsala-Örebroregionen eller för universitetsdelen.

Uppdrag och målbeskrivningar är väsentliga stöd för att ha konstruktiva och framåtriktade planer och resurstilldelning/utnyttjande bland annat som del i kompetensförsörjning och budgetarbete.

Avslutningsvis kan man kommentera som en allmän observation att i daglig verksamhet är HLK närmast att betraktas som två parallella medicinska verksamheter med begränsade samarbetsstyr, för närvarande inom medicinsk administration och klinikledning samt till viss del inom forskningsledning. Arbetsterapi och fysioterapi tillhör sjukhusövergripande verksamhet.

Under revisionen har tillkommit ett beslut att HLKs klinikchef även skall ta hand om Fysiologiska kliniken. Förändringar i ledningsstruktur och ev. samordning mellan verksamheterna berörs inte i denna rapport men en del slutsatser/rekommendationer från rapporten aktualiseras i än högre grad i samband med att verksamheten samlas till en organisation.

Organisation

HLK är en geografiskt sammanhållen organisation på Regionsjukhuset. På grund av salsbrist på thoraxkliniken har deviceimplantation fått uppdrag att flytta den elektiva verksamheten till Karlskoga med två operationsdagar per vecka. En riskanalys har gjorts med anledning av detta och den fysiska separationen från thoraxkliniken är bedömd som acceptabel. I dagsläget är det oklart om denna (tillfälliga?) utflyttning leder till förändring av kapaciteten. Under revisionen har det framkommit en möjlighet att utnyttja en operationssal på fredagar varför utflyttningen till Karlskoga är stoppad.

Såväl implantatverksamheten som framtida behov för lungkliniken ställer krav på tillgång till så kallade hybridsalar i framtiden.

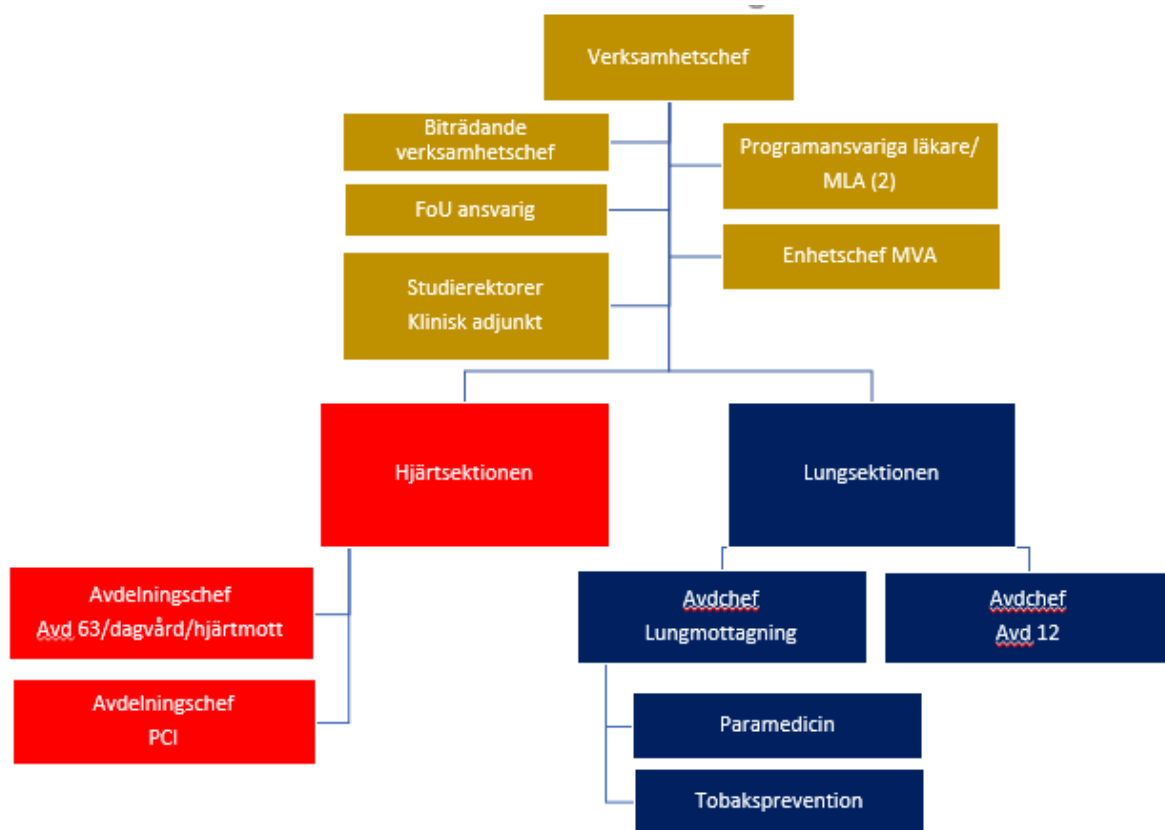
Inom kardiologmottagningen finns också en HND-mottagning (hjärta/njure/diabetes) med uppgift att hantera multisjuka patienter. Det medicinska ansvaret för denna ligger på medicinkliniken men omfattningen är för närvarande liten, troligen relaterat till brist på kommunikation kring verksamheten.

Tidigare hade man cytostatikaterapi på lungkliniken och den har nyligen flyttats till onkologen. Det har lett till vissa bekymmer i läkar-patientkontakten under terapin och inom ramen för SVF försöker man nu förbättra samarbetet. Lungkliniken har mottagning på onkologin under behandlingen där vilket försämrar logistiken för dem och patienterna. Kontaktsjuksköterskornas arbete med patienten bryts också under onkologiterapin där den övertas av behandlingssköterskor.

Inom lungkliniken bedriver man två "udda" verksamheter – dels sömnapnéutredning och dels tobaksprevention (regionuppdrag). Sömnapnéutredningen skall enligt beslut flyttas till extern, privat vårdgivare samtidigt som utprovning av CPAP koncentreras till lungkliniken. Noteras bör att antalet patienter med CPAP ökar stadigt och därmed bör utökning av resurserna planeras för utprovning och service av utrustningen.

Tobakspreventiva enheten (TPE) bemannas av en läkare (i princip på heltid) samt en sjuksköterska och en hälsoutvecklare. Verksamheten bedrivs regionövergripande men särskilda budgetmedel eller ekonomiskt ansvarsområde saknas för denna verksamhet utan den ingår i lungmottagningen.

Översikt



Chefsstruktur

HLK har en verksamhetschef (SC) som är kardiolog samt en biträdande verksamhetschef med bakgrund som medicinsk administratör. Biträdande verksamhetschefen ansvarar för löpande planering inkluderande läkarscheman och övrig personalplanering tillsammans med avdelnings- och mottagningschefer.

Relativt nyligen har två ställföreträdande verksamhetschefer/medicinskt ledningsansvariga läkare tillsatts för kardiologen (Peter Lindell) respektive lungkliniken (Barna Taracközi). Tidigare har biträdande verksamhetschefen haft ett ställföreträdaransvar.

Befattningsbeskrivning/uppdragsbeskrivning för dessa chefstjänster saknas.

Lungkliniken har två avdelningschefer, en för mottagningsverksamheten (inkl. sömnapné-mottagning och tobaksprevention) samt bronkoskopi och en för vårdavdelningen.

För kardiologen finns en gemensam avdelningschef för mottagning och avdelning, därutöver en avdelningschef för PCI-enheten.

Medicinska administratörer har en klinikövergripande enhetschef.

Befattningsbeskrivning/uppdragsbeskrivning för dessa chefstjänster saknas.

Utöver de personalledande tjänsterna har kardiologen så kallade programansvariga överläkare. Dessa ansvarar för den medicinska verksamheten på respektive område men har inte personal eller budgetansvar.

Chefernas mandat

Man brukar indela chefernas mandat i tre delar – verksamhet, personal och budget. För HLKs chefer gäller att avdelningscheferna och enhetschefen har verksamhetsansvar samt personalansvar, det senare med stöd från klinikens centralt placerade HR-konsult. Man gör resultatuppföljningar utifrån rapporter från klinikens ekonom men har inte någon aktiv del i budgetarbetet.

Ledningsgrupp

Verksamhetsfrågor, personalfrågor och ekonomiska frågor avhandlas på klinikledningsmöte som är gemensamma för samtliga chefer och programansvariga. Dessa möten är ofta uppdelade i två delar med huvudsakligen medicinskt fokus samt en gemensam administrativ del.

Detta medför att närvaron vid mötande blir flytande och särskilt för de programansvariga kan klinisk tjänstgöring och frånvaro göra att det brister i kontinuiteten.

Klinikekonom och HR-konsult deltar vid särskilda chefsmöten där programansvariga överläkare inte deltar, dessa hålls 2 gånger per termin.

Renodlade läkarmöte för diskussion kring medicinska frågeställningar på ledningsnivå finns inte. Däremot finns morgonmöten med kliniska frågeställningar där alla tjänstgörande läkare kan delta.

Facklig samverkansgrupp

En facklig samverkansgrupp finns med samtliga (SACO, Örebro läkarförening, Kommunal, Vision, Vårdförbundet) fackförbund representerade. Möten sker ungefär en gång per månad.

Avvikelsegrupp

Avdelningschefer, VC och bitr VC samt en diariieförare träffas en gång per månad för genomgång av inträffade avvikelser. Programansvariga läkare eller MLA deltar inte regelbundet, MLA lungkliniken deltar vid behov.

Möten på avdelnings/mottagningsnivå

Framförallt har man APT/informationsmöten men man bedriver även intern undervisning i strukturerad form.

Kommentarer på ledningskulturen

Ett genomgående tema för ledningskulturen på HLK är att man är informella och att mycket diskuteras och löses vid ad hoc diskussioner. Samtidigt som det finns en sympati för detta arbetssätt som bygger på stark närvaro och engagemang från SC så finns det önskemål om mer struktur och tydlighet då man ibland upplever att det går fort och att beslut inte alltid är förankrade i organisationen.

Den informella kulturen är stark men samtidigt skör då den är väldigt personbunden och flera ledande personer på kliniken undrar hur man skall kunna klara ett chefsbyte. Genom att SC är kardiolog och kliniskt verksam så finns det en tydlig skillnad mellan kardiolog och lungklinik hur man upplever tillgänglighet och styrning.

Det råder oklarheter kring ansvaret för respektive MLA och i samband med att fysiologkliniken skall inordnas i samma organisation bör man förtydliga MLAs ansvar och mandat.

Erfarenheter från personalenkät

Den senaste personalenkäten genomfördes 2015, strax efter sammanslagningen av hjärt- och lungklinikerna. Genomgång av resultatet har skett med HR-specialist. Senaste enkäten skedde med Indikator och det gjordes en koppling med patientsäkerhetsenkät då det fanns ett större antal gemensamma punkter i dessa.

Deltagandet från läkargruppen har varit lågt vilket påverkar analysmöjligheterna.

Några stora anmärkningsvärda skillnader mot övriga HS-gruppen i regionen föreligger inte och någon detaljerad analys av smärre skillnader ligger inte inom ramen för denna genomgång. Vad gäller NMI (nöjd medarbetar index) kan man bara konstatera att det föreligger en skillnad mellan avd 12 (kopplat till upplevd resursbrist) och 63 som även framkommit på annat håll.

Även MVA gruppen hade ett lågt NMI och detta kan kopplas till att gruppen var nyligen sammanslagen och ifrågasättande till ev. samordningsvinster, situationen har dock förbättrats betydligt med tiden.

Riktlinjer/Nationella vårdprogram/Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Programansvariga överläkare har ansvar för att riktlinjer från Socialstyrelsen, SwedeHeart och andra vårdprogram implementeras, följs och rapporteras inom respektive område. Inom SwedeHeart är det bland annat SCAAR och SEPHIA som man rapporterar till.

Det enda av de introducerade Standardiserade VårdFörloppen (SVF) som är aktuellt för kliniken är det för lungcancer och det är implementerat. Innan SVF implementerades hade man ett likartat arbetssätt. Man rapporterar i INCA registret men då detta inte är anpassat för SVF blir det dubbelrapportering. Som tidigare nämnts upplever man kvalitetsbrister i patientkontinuiteten (för läkare och kontaktsköterskor) då cytostatikaterapin togs över av onkologin.

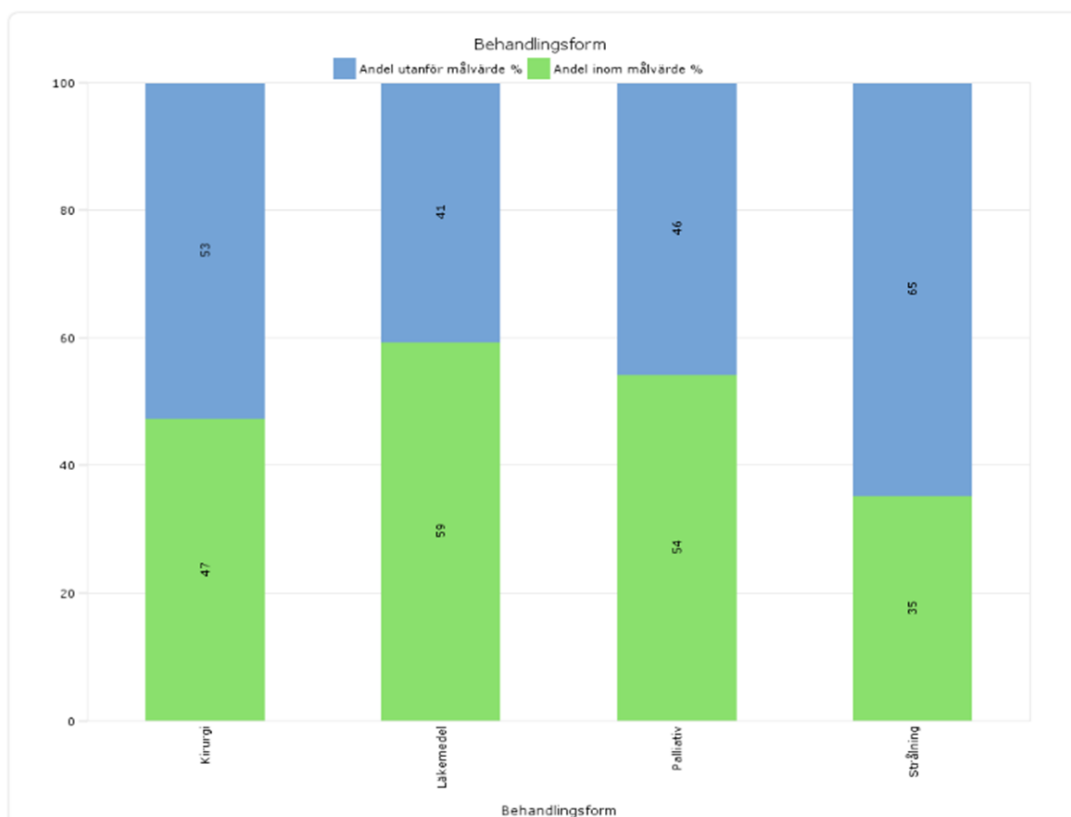
Uppföljning visar att ledtiderna är något för långa vilket i huvudsak tillskrivs bristen på patologer samt orealistiskt korta tider i denna del av SVF. Dock ligger mediantiden för "välgrundad misstanke till behandling" lite högt för alla behandlingsmodaliteter (op/strålning/läkemedel), se figur med andel som når målvärde. Tillgång till operationsresurser är också en begränsande faktor där ansvaret dock ligger utanför HLK.

Ett annat önskemål som finns inom lungkliniken är större differentiering inom läkargruppen då man idag pga den relativt goda bemanningen får för få onkologi-patienter per läkare för att bygga kompetensen på ett bra sätt. Samtidigt finns det brister på astma/allergiområdet vilket innebär att det finns anledning att se över arbetsfördelning resp. framtida differentiering.

Inom U-Ö regionen finns det uttalade resursbrister inom lungmedicin och här finns en potentiell möjlighet att erbjuda utredningsresurser för andra patienter än från det egna landstinget.

Diagram för tid från välgrundad misstanke till behandlingsstart för kirurgi, läkemedelsbehandling, palliation eller strålning. (Måluppfyllnad definierad från RCC, SVF lungcancer):

SVF År Månad
 Avvikelse Utredningsform Län



Regionala ansvarsområden - utomlänspatienter

I dagsläget finns det inget stöd för regionalisering av sjukvård inom HLKs område. Historiskt sätt har man varit tidig med PCI kapacitet och därmed tagit en betydande andel utomlänspatienter från omkringliggande landsting. 2017 har alla landsting i U-Ö regionen PCI med 7/24 beredskap och därmed har upptagningsområdet begränsats.

När det gäller device-implantat (pacemaker, ICD etc) är bilden densamma – det finns inget kompetens- eller kapacitetsbehov i regionen som kan bidra till klinikkens regionala uppdrag.

För ablationsverksamheten (behandling av arrytmier) finns det idag en utomlänsverksamhet som omfattar patienter från Värmland som baseras på kompetensen vid regionsjukhuset. Bland annat är tillgång till elektrofysiologer bristfällig i landet men Örebro har kapacitet överstigande länets behov.

Ett annat område för regional spetskompetens är inom "structural heart" med nya tekniker vars volym och tidsmässiga förhållanden väl lämpar sig för regionalisering. Dock förs inte denna diskussion inom specialitetsrådet eller annat regionalt organ varför det finns betydande risk att varje landsting börjar verksamhet med låg volym. För TAVI finns det en överenskommen policy att ingreppet endast skall utföras på klinik med direkt tillgång till thoraxkirurgisk kompetens (TAVI intäkter och kostnader bokförs på Kärl/Thoraxklin.)

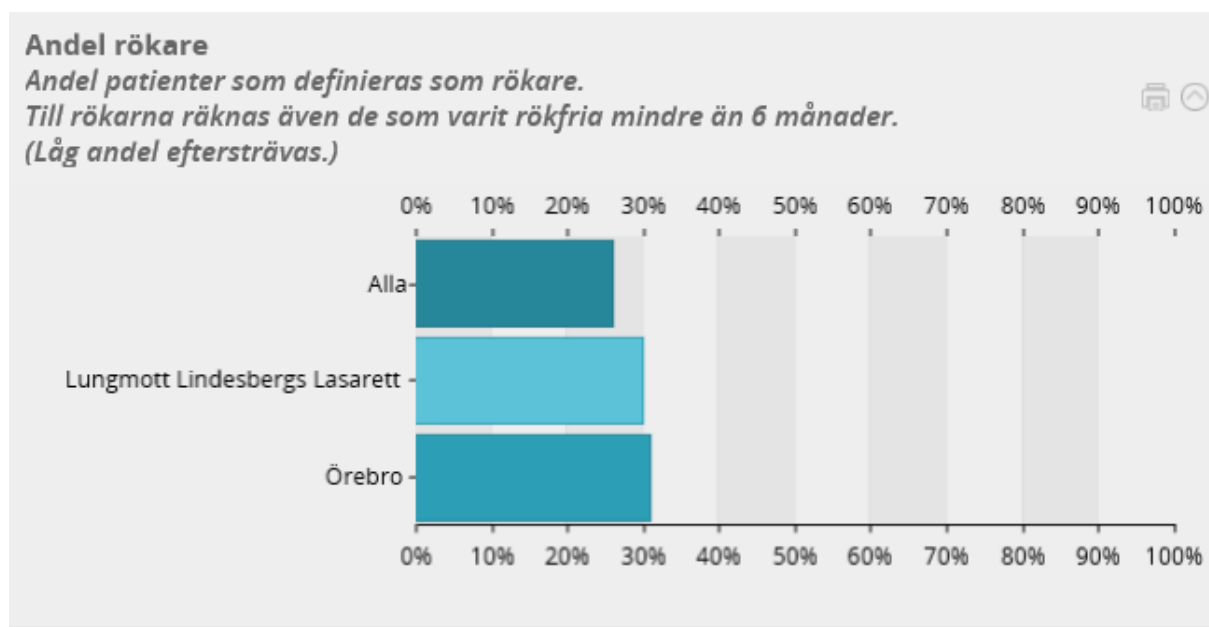
Kapaciteten, och delvis även kompetensen, för utredning av lungcancer är begränsad inom U-Ö regionen och flera landsting har klara problem med SVF. Här finns möjligheter för lungkliniken att erbjuda kapacitet.

Med ovan beskrivna undantag kan man konstatera att det är begränsade möjligheter för kliniken att expandera sitt regionuppdrag och detta kan ha implikationer på forskningsinriktningen.

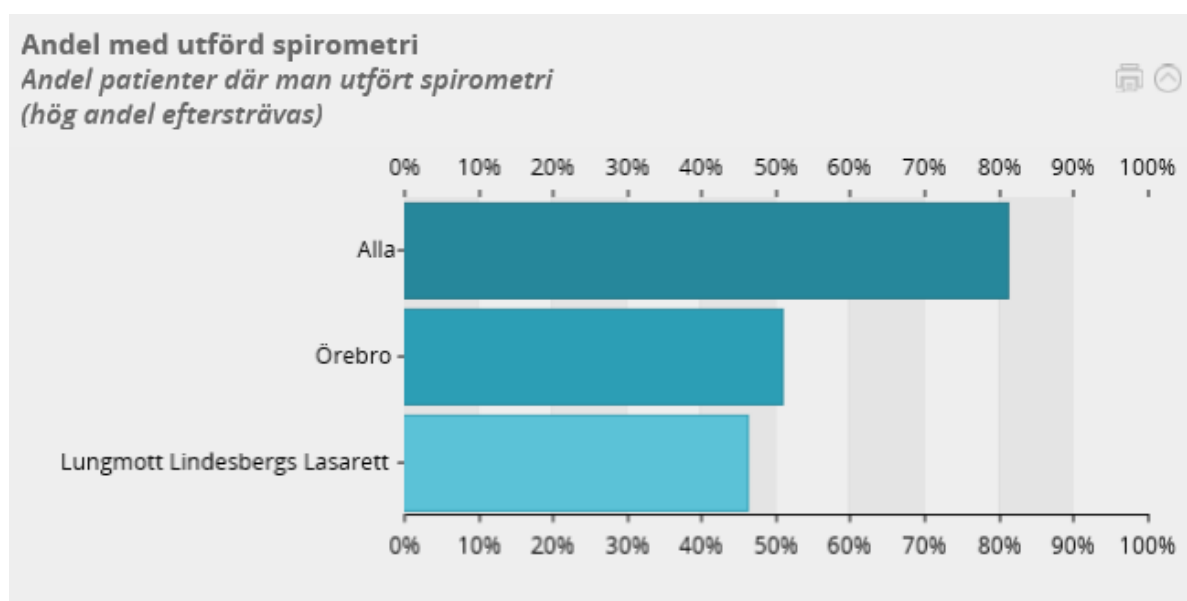
Kvalitetsregister, lungkliniken

Data från KOL och astmaregistret.

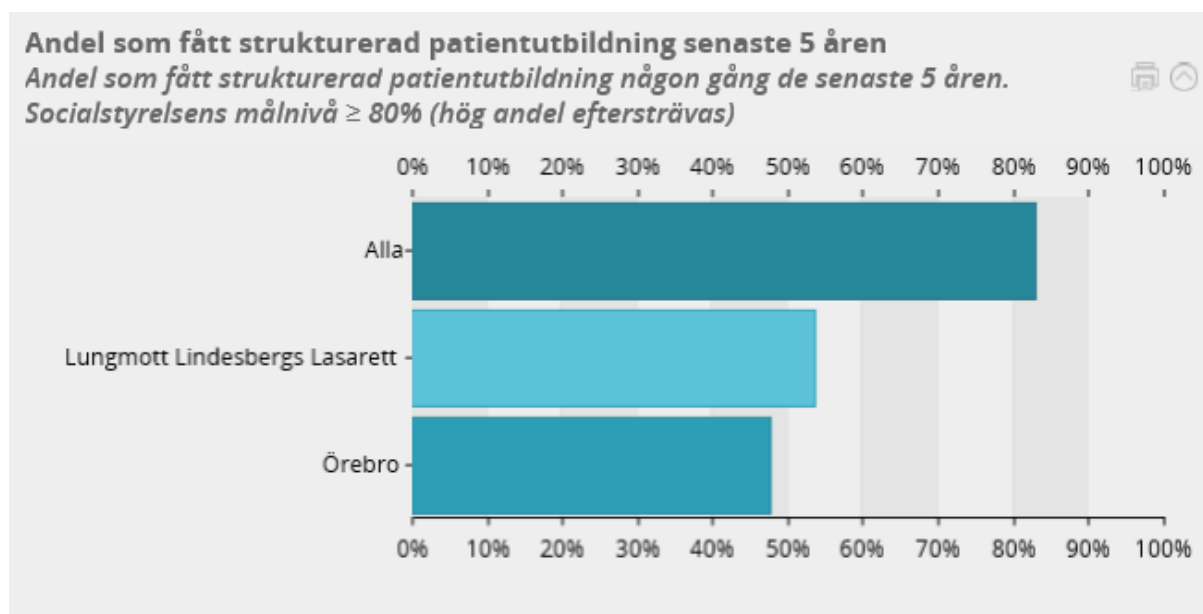
Andelen rökare inom KOL-populationen är högre än för riket, trots att man har TPE (tobakspreventiva enheten) på kliniken.



Andelen med utförd spirometri är anmärkningsvärd låg (2017 års data). Objektiva data bör eftersträvas för en universitetsklinik.



Andelen patienter som deltagit i strukturerad patientutbildning är låg.



Övriga data i KOL-registret (öppenvård) ligger i huvudsak som riket i övrigt, oavsett om målvärde uppnåtts eller inte. För inläggande vård saknas data.

I astma/allergiregistret kan man utläsa att andelen allergitester är lågt.



Läkemedelsbehandling och strukturerad patientutbildning ligger bra till.

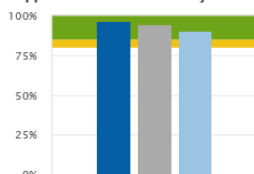
[Kvalitetsregister, hjärtkliniken](#)

Sammantaget finns SwedeHearts kvalitetsindex där Örebro visat en stadig förbättring till 8,5 (av 10 möjliga poäng). Den aktiva PCI enheten visar på stadiga och fina resultat och det sker en upphämtning avseende livsstilsfaktorer, dock har inte rökavvänjning och lipidsänkning nått målvärdena ännu.

Med tanke på klinikens aktiva engagemang i olika (läkemedels)studier är det anmärkningsvärt att man är enda universitetsklinik som ej har OCT-utrustning (SCAAR 2016).

Behandlingsåtgärder

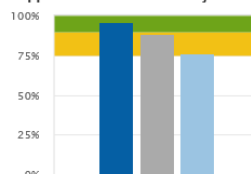
1. Öppnat kranskärl vid stor hjärtinfarkt



En stor hjärtinfarkt orsakas ofta av ett totalstopp i ett kranskärl. Att öppna detta kranskärl med akut ballongvidgning (PCI) eller proppupplösande behandling (trombolys) har därför hög prioritet.

Målvärde 85%

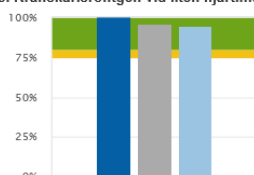
2. Öppnat kranskärl vid stor hjärtinfarkt inom rekommenderad tid



En stor hjärtinfarkt orsakas ofta av ett totalstopp i ett kranskärl. Att öppna detta kranskärl med akut ballongvidgning (PCI) eller proppupplösande behandling (trombolys) inom rekommenderad tid från det att man konstaterat hjärtinfarkt t ex via EKG i ambulansen (inom 90 min om akut ballongvidgning, inom 30 min om proppupplösande behandling) har därför hög prioritet.

Målvärde 90%

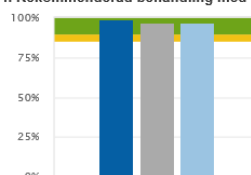
3. Kranskärlsröntgen vid liten hjärtinfarkt



Vid liten hjärtinfarkt men med en förhöjd risk för återinsjuknande har kranskärlsröntgen och möjlighet till behandling i kranskärl med t.ex. ballongvidgning hög prioritet då det minskar risken för återinsjuknande.

Målvärde 80%

4. Rekommenderad behandling med blodförtunnande medicin

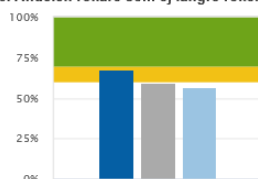


Vid hjärtinfarkt har behandling med extra blodförtunning (ADP-receptor blockerare), utöver acetylsalicylsyra, hög prioritet då det minskar risken för återinsjuknande.

Målvärde 90%

Livsstilsfaktorer

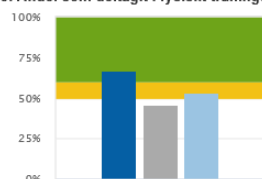
8. Andelen rökare som ej längre röker efter 1 år



Om man är rökare är rökstopp en av de enskilt viktigaste åtgärderna för att förebygga återinsjuknande. Åtgärden har mycket hög prioritet.

Målvärde 70%

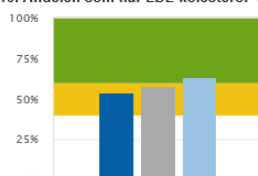
9. Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram efter 1 år



Att delta i fysiska träningsprogram efter hjärtinfarkt minskar risken för återinsjuknande och har hög prioritet.

Målvärde 60%

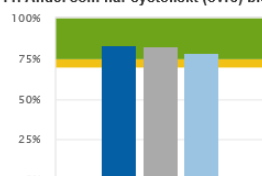
10. Andelen som har LDL-kolesterol <1,8 mmol/l eller 50 % minskning efter 1 år



Att nå målvärdet avseende LDL-kolesterol (det "onda" kolesterolet) minskar risken för återinsjuknande och har hög prioritet.

Målvärde 60%

11. Andel som har systoliskt (övre) blodtryck <140 mm Hg efter 1 år



Att nå målvärdet avseende blodtryck minskar risken för återinsjuknande och har hög prioritet.

Målvärde 75%

Tobakspreventiva enheten (TPE)

Denna enhet är organisatoriskt en del av lungmottagningen även om den har ett regionövergripande uppdrag, dvs. man tar emot patienter från såväl slutenvård som primärvård. Givetvis är det en fördel med närheten till kardiologen och lungmedicin som bägge har stort intresse i rökstopp för sina patienter men motsvarande enheter inom andra landsting/regioner brukar var decentraliserade och kopplade till livsstilsmottagningar.

Enheten har trots sitt uppdrag ingen egen budget eller ansvarsområde. Historiskt sätt finns en stark koppling till nuvarande överläkare på lungkliniken och dennes intresse för frågorna.

Initialt sker motivationssamtal av ssk eller hälsutvecklare och vid behov av läkemedelsbehandling görs läkarbesök.

Patientflödet är stort och kommer från slutenvård, primärvård och i viss utsträckning via egen vårdbegäran.

Bedömningen är att man med nuvarande struktur har en viss selektion mot svårare fall, t.ex. komplicerad medicinsk historia och där primärvården sviktar eller misslyckas.

TPE ordnar även kurser för rökavvänjare/hälsoutvecklare 2 ggr/termin.

Ansvarig överläkare har fått erbjudande om att vara koordinator för rökstoppsdatabasen (20% tjänst i tre år) och är i princip endast delaktig i TPE verksamheten fram till sin pensionering om 3 år.

Någon potentiell efterträdare finns inte idag och det är därför lämpligt att väcka frågan om TPEs fortsatta hemvist. Antingen fortsätter man på den inslagna vägen med en sjukhusplacerad verksamhet och i så fall bör det redan nu byggas en forskningsbaserad verksamhet som kan bidra till region/universitetssjukhusets profil. Alternativet är att verksamheten flyttas till primärvården och ingår i livsstilmottagningar.

Forskning och utveckling

HLKs forskning är mest formaliserad på kardiologen där man har en adjungerad professor (20% av anställningen finansieras via ALF-medel) samt försörjer ett antal forskningssköterskor, huvudsakligen som deltid. Övriga läkare tilldelas forskningstid via ersättningar från deltagande i industrisponsrade multicenterstudier.

Kardiologen har fyra doktorander, varav 3 befinner sig i slutfas.

På grund av den rådande situationen har kliniken endast en handledarkompetent läkare (professor) men det är dennes förhoppning att fler fortsätter med forskning efter disputation och kan fortsatt stödja HLKs forskningsutveckling.

Klinikchefen ställer inte forskningskrav på ST-läkare vid anställning.

Lungkliniken har tre disputerade läkare (Josefin Sundh, Matz Larsson och Peter Barta) och bedriver framförallt uppdragsforskning (kliniska studier). Maria Rönnkvist studerar olika biologiska markörer för lungcancer.

Man har en forskningssköterska på heltid (Karin) som fungerar som forskningskoordinator.

Forskningssköterskorna bedriver en framgångsrik "dammsugningsfilosofi" på inlagda patienter för att kunna rekrytera patienter och man har enligt egen utsago lyckat mycket bra i multicenterstudier.

Man har en MVA som administrativt stöd när det gäller avtal/kontrakt samt stöd från regionens Avdelning för klinisk prövning (AKP).

Forskningssköterskorna får ofta startutbildning via industristudier, GCP utbildning bedriver man internt *inom regionen*.

Ekonomiskt har man tillgång till ALF-medel men inga ytterligare medel som region/universitetssjukhus från huvudmännen. Regionen har en forskningsfond (Nyckelfonden) men trots högkvalitativ forskning så har man inte fått medel.

Huvuddelen av forskningsekonomin bygger på deltagande i studier, där eventuellt överskott kan användas för "egen" forskning på kliniken.

Register-randomiserade studier samt outcome-studier är två huvudområden inom kardiologin.

Verksamhetsledning

Vårdavdelning/vårdplatsbehov

Verksamheterna på båda klinikerna präglas av i huvudsak akut verksamhet, för kardiologen infarkt och sviktvård och för lungkliniken akuta exacerbationer hos KOL-patienter och lungcancer.

Vårdplatsbeläggningen sköts mellan klockan 7-22 av koordinatörer som rör sig mellan akuten och andra delar på sjukhuset. De har telefonkontakt vid inläggning. Deras fördelning av patienter sker efter i första hand patientsäkerhet (rätt patient på rätt avdelning), i andra hand belastning/beläggning och i tredje hand har man "flyttbara patienter" (bestäms av avdelningarna) som kan flyttas för att ge plats för behövande.

Fram till mars har man haft möjlighet att belägga 18-20 platser på Rynningeviken där pateinterna sköts av medicinkliniken. Denna avlastning upphör under våren 2018 vilket kommer att leda till ökat tryck på klinikerna.

I dagsläget är det framförallt kirurgen som har problem med överbeläggning.

Från koordinators perspektiv försöker man alltid ha en vpl ledig på kardiologen inför natten då man snabbt kan få flera akutfall. Kardiologen utlokaliserar sällan egna patienter, i så fall till avd. 12 där vana finns av andnings/cirkulationssviktande patienter. Däremot tar kardiologen oftare mot neurologpatienter och medicinfall med behov av viss monitorering och infusion.

Ett önskemål från koordinatörerna är att bli informerade om akuta infarktpatienter som går direkt till PCI (snabbspåret), ibland tror de att de har fler lediga platser på kardiologen pga detta.

Lungkliniken avd 12 är för närvarande delad mellan infektion (6 vpl) och lungkliniken. Koordinatorerna försöker undvika att överbelägga med infektionspatienter. Utlokalisering till lungkliniken 15 vpl sker från i första hand kardiologen, i andra hand medicinkliniken.

Centralt registreras överbeläggningar och utlokaliseringar men någon ekonomisk kompensation utgår inte för kliniker som tar mot utlokaliseringar.

Lungkliniken

Vårdplatsbeläggningen har gått från 2015 92,6%, 2016 94,8% och för 2017 (t.o.m. oktober) 98,2%. Detta är en signifikant ökning från en beläggning som är lite över det ideala (85-90%) till en situation med hög belastning.

Kardiologen

Beläggningssiffrorna för kardiologen varierar i genomsnitt mellan 85-95% vilket väl avspeglar koordinatörernas ambition att hålla minst en plats i beredskap för natten och att "skona" avdelningen från utlokaliseringar. Denna beläggningssiffra är mycket bra för en akut enhet.

Remissbedömning

För närvarande finns det bara pappersremisser, journalsystemet är inte anpassat för elektroniska inkommande remisser från egna landstinget eller regionen. Egenvårdsremisser förekommer i begränsad utsträckning, mallar finns på Mina Vårdkontakter men endast för utskrift.

Alla inkommande remisser scannas till journalsystemet.

Det pågår utveckling av remissförfarandet inom regionen och när elektroniska remisser införs finns anledning att se över remissrutiner och mallar.

Fördelningen av inkomna remisser sker huvudsakligen enligt patientens födelsedatum till ansvariga specialister med viss justering för specialområden.

Mallar för remissbedömare (instruktioner/provtagning/prioritering) finns inte för någon av klinikerna.

MA (medicinsk administratör) förbereder bokningsunderlag och kallelse av patienten för lungkliniken, för kardiologen är det sjuksköterska som sköter detta (med anställning av ytterligare en MA kommer detta att övertas av MA).

Väntetider

Lokalt sker ingen uppföljning av väntelistestatistik på mottagningen. MVA kontakter läkare och sjuksköterska när man uppmärksammar behov av utökad mottagning. Något uttalat mål för väntetiderna finns ej på kliniken, förutom allmänna principer för vårdgaranti.

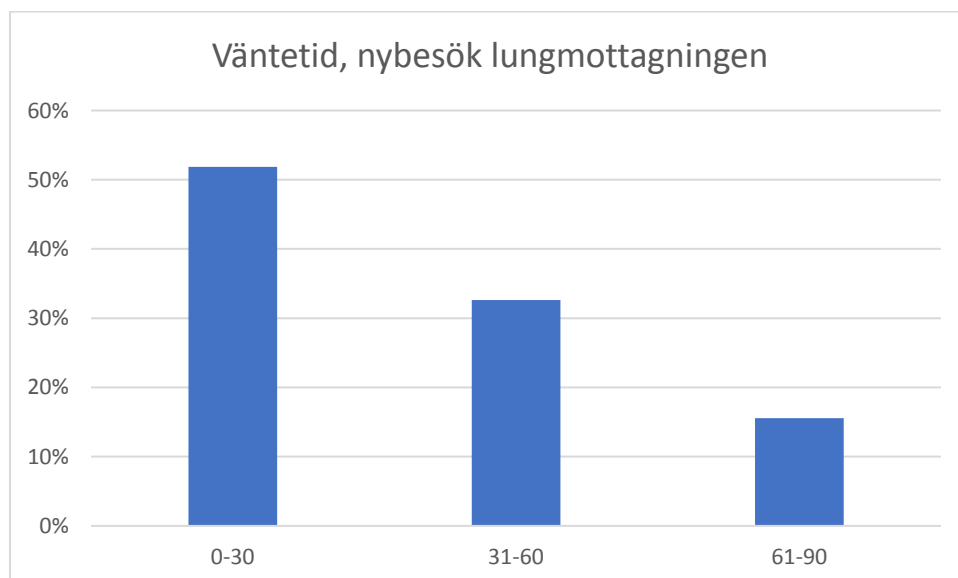
Väntelistestatistik förs centralt av verksamhetscontroller och områdets samordnande sjuksköterska.

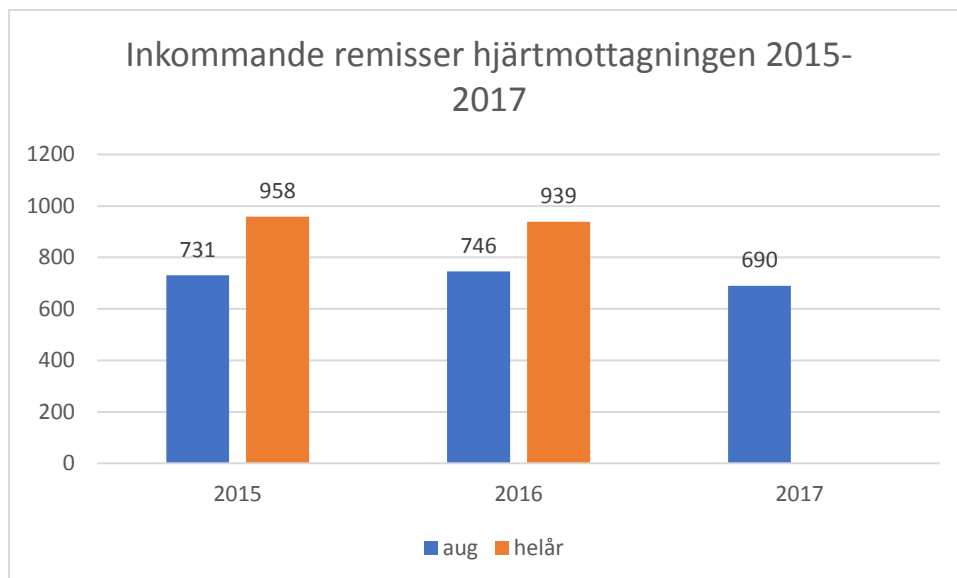
Idag anser man att man har tillräcklig kapacitet för att kunna ta patienter på kort varsel varför det inte finns någon särskild organisation för snabbspårsutredningar.

För SVF med oklara symtom finns Diagnostiskt Center inom Medicinkliniken och i den utsträckning utredningsresurser från lungkliniken (bronkoskopier) är påkallat så anser man att beredskapen är tillräcklig.

Genomgång av väntetider visar att man för flertalet av mottagningarna ligger på väntetider med hög andel i intervallet 31-60 dagar. Remissinflödet har inte ökat (undantag se nedan) och man bör se över rutinerna för nybesök och mottagningsplanering.

Exempel, lungmottagningen





För sömnapnéutredningar har remissinflödet ständigt ökat (från 500 remisser 2002 till över 1000 15 år senare) och man har här mycket långa tider till utredning, cirka 8 månader för oprioriterade fall. För högprioriterade fall är väntetiden kortare, ibland cirka 1 månad. Bedömningen är att situationen kan komma att förbättras med utflytten till Capio med kortare väntetider som följd. Dock kommer detta i sin tur att öka belastningen på utprovningen av andningshjälpmedel, antalet patienter som tillkommer bedöms till cirka 240/år.

Sjuksköterskemottagningar

Sjuksköterskemottagningar finns på kardiologen och lungkliniken. Väntetidsstatistik för dessa finns ej men den allmänna uppfattningen är att dessa fungerar väl.

Lungkliniken har dagliga mottagningar inom astma, KOL och allergi.

Kardiologen har sjuksköterskemottagningar för hjärtsvikt, kranskärlsmottagning, pacemakerpatienter, SCS samt återbesöksmottagning för PCI, klaffopererade och TAVI.

Paramedicinska resurser

Arbetsterapeuter, fysioterapeuter tillhör med ett (andningsterapi) undantag ett eget område och interaktionen sker på avdelnings/mottagningsnivå. Lungkliniken har två kuratorer.

Rehabiliteringsprogram (inom/utom nationella vårdprogram)

Lungkliniken har program för KOL patienter.

Hjärtskola för infarktpatienter finns, uppföljningen 2016 visar på förbättringspotential fr.a. vad gäller fysisk aktivitet och kolesterol-sänkning. Trots närheten till TPE är resultaten för rökstopp inte särskilt framträdande och når inte målvärde (2016; SEPHIA)

Ekonomistyrning

Budgetansvaret är närmast centraliserat till klinikchefen medan övriga chefer följer resultatrapporterna för respektive ansvar.

Noterbart är att den tobakspreventiva verksamheten som är regionövergripande (Örebroregionen) saknar eget ansvarsområde.

Budgeteringsprocessen är i stort baserad på föregående års budget och justeras med givna tal för personalkostnader och allmänna kostnader. Något system för bottom-up eller verksamhetsjustering verkar inte finnas på central nivå.

Budgeten följer linjeorganisationen så att översyn sker på områdesnivå innan fördelning sker till klinikerna. Inte heller på denna nivå finns någon budgetförberedande process. (Området har för närvarande stora intäkter från utomlänspatienter avseende thoraxkirurgi vilket genererar ett budgetöverskott).

Några riktlinjer för planering av investeringar eller ersättningsinköp över tid finns ej, utan tas löpande. För HLK är framförallt bronkoskop och staplar investeringstunga punkter, inom kardiologin är det fr.a. kateterkostnader, ej tung utrustning. Samordning, underlag och prioriteringar genomförs tillsammans med MTA (medicinteknisk avdelning).

Investeringsbehov finns framöver för hybridsal(ar) för implantatverksamheten samt lungdiagnostik.

Ekonomiska utmaningar

Med nuvarande budgeteringsprincip har man inte tagit höjd för att intäkterna för utomlänspatienter sjunker, en hög post för PCI intäkter ligger fortfarande kvar. Till viss del kompenseras detta av intäkter från arrytmibehandling.

Ekonomiskt utfall, HLK		
Belopp i tKr		
Bokfört utfall, jan-sept 2017	Utfall 2016	Utfall 2015
-13579	-1543	-4374

Några betydande kostnadsökningar för läkemedel eller utrustning förväntas inte, generellt har kostnaderna för såväl katetrar som implanterbara device kraftigt minskat (30% eller mer) de senaste åren.

Önskemål om tillgång till OCT (optical coherence tomography) (med hög kostnad för engångsmaterial) finns för att bibehålla möjligheten att delta i studier där denna typ av dokumentation efterfrågas. Örebro är enda regionsjukhus som inte har tillgång till OCT.

KPP-data

KPP-data (kostnad per patient) är data som samlas på ett systematiskt sätt ur sjukhusets olika system för att beräkna kostnader för ett vårdtillfälle. De utgör basen för DRG beräkningar.

Tyvärr är datainsamlandet för KPP inte uniformt mellan deltagande landsting trots den manual som utges av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och de årliga konferenser som hålls inom området. Dessutom är kontinuiteten i landstingens egen datainsamling behäftad med betydande problem på grund av ändringar som gör årsvisa jämförelser tämligen oprecisa. Trots dessa begränsningar kan en jämförelse mellan egna data och den nationella KPP-databasen ge indikationer på kostnader och i vissa fall kostnadseffektivitet (i de fall kvalitetsregister på aktuell diagnos finnes).

För Region Örebro gäller att man har KPP data, från 2016 inkluderande även öppenvård. KPP data används inte som del av verksamhetsanalysen. Detta är i sin tur försvårad av förändringar i rapporteringen vilket minskar möjligheterna att följa utvecklingen över tid.

Enligt ansvarig ekonom används KPP beräkningar i huvudsak för ytterfallsdebiteringar av utomlänspatienter. (För övriga debiteringar använts Nord-DRG samt öppenvårdstaxa).

Ur KPP databasen har framtagits data på de vanligaste diagnoserna på hjärt- resp. lungkliniken, se tabell.

Tabell 1. Lungkliniken, vanligaste DRG, vård dagar

DRG	Antal	Vård dagar	% av totalantalet vård dagar
D46E Kron obstrukt lungsjd	112	461	10,47
D47C Lunginflammation K	59	410	9,31
D46C Kron obstrukt lungsjd K	56	298	6,77
D35E Tumörer i andningsorganen	47	354	8,04
D35C Tumörer i andningsorganen K	42	306	6,95
D47E Lunginflammation	35	182	4,13
D45C Lungödem&respsvikt K	33	176	4,00
D35A Tumörer i andningsorganen M	30	362	8,22
D48E Interstitiella lungsjd	21	112	2,54
D49E Bronkit & Astma	21	65	1,48
Summa	456	2726	
andel	61%	62%	

Tabell 2. Kardiologen, vanligaste DRG, vård dagar

DRG	Antal	Vård dagar	% av totalantalet vård dagar
E18E PCI vid infarkt	204	494	7,74
E47C Hjärtsvikt & chock K	168	756	11,84
E65E Arytmi & överledningsstörn	150	260	4,07
E68N Bröstsmärtor u angina pectoris	141	157	2,46
E18C PCI vid infarkt K	108	312	4,89
E65C Arytmi & överledningsstörn K	94	227	3,56
E47E Hjärtsvikt & chock	88	356	5,58
E43E Cirkssjdm hjärkat m kompl	59	180	2,82
E19N PCI ej infarkt	49	139	2,18
E67E Synkope & kollaps	41	63	0,99
Total	1102	2944	
andel	49%	46%	

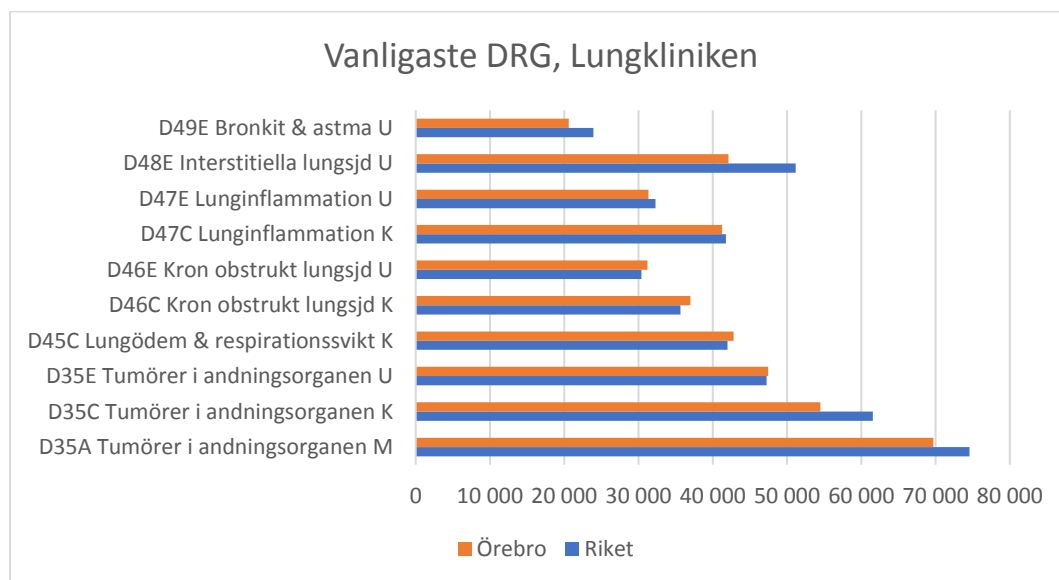
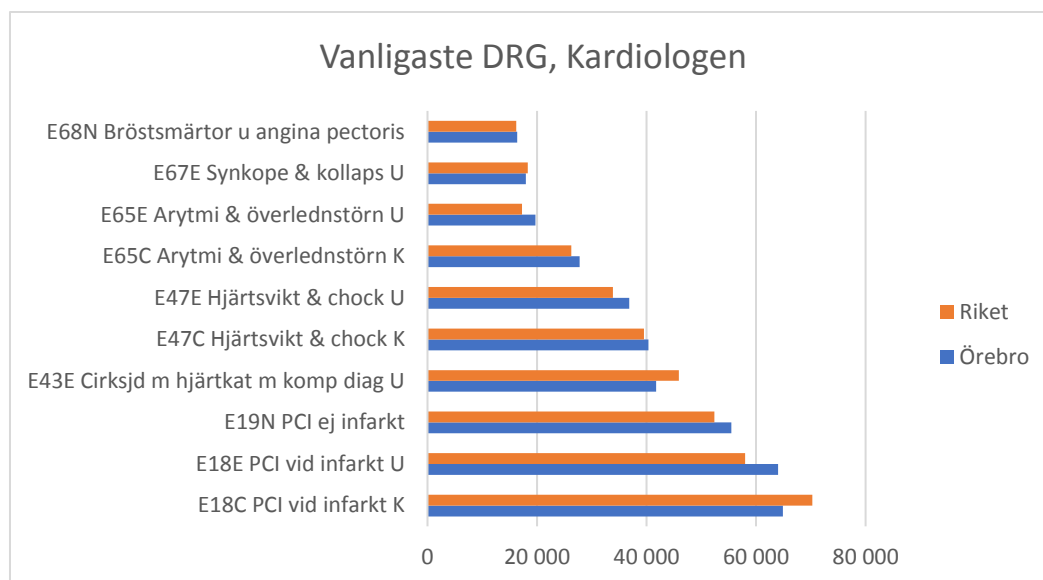
Kostnadsnivå enligt KPP

Med hjälp av bistånd från SKL's statistikavdelning har data på ovanstående DRG-koder tagits fram för en kostnadsjämförelse mellan HLK-kliniken och nationella KPP-databasen. En sådan jämförelse skall bedömas mycket kritiskt då det finns stora brister i datainsamlandet inom respektive mellan de olika landstingen.

Jämförelsen visar att varken inom kardiologin eller lungkliniken finns några betydande avvikelser i kostnader per DRG för de tio vanligaste diagnoserna på respektive klinik, för kardiologen en medelkostnad på 36920 kronor per vårdtillfälle i Örebro mot 31256 kronor för riket (2016 års data).

För lungkliniken var motsvarande siffror 37084 kronor per vårdtillfälle i Örebro mot 39296 kronor för riket. Möjligen kan denna bild avspegla en generell resursfördelning till kardiologens fördel.

Graferna nedan visar kostnaden per DRG för respektive klinikområde (obs staplarnas placering/färg):



Uppdrag 27

Handlingsplan för utvecklingsinriktad och hållbar hälso- och sjukvård i ekonomisk balans

I april 2016 antog regionstyrelsen en handlingsplan för en utvecklingsinriktad och hållbar hälso- och sjukvård i ekonomisk balans:

”För att klara hälso- och sjukvårdens framtida utmaningar och för att kunna göra de satsningar som krävs i framtiden är det nödvändigt att använda regionens gemensamma resurser på ett mer

effektivt och långsiktigt hållbart sätt. Detta är anledningen till det uppdrag regionfullmäktige gett hälso- och sjukvårdsförvaltningen att jobba utifrån *Handlingsplan för utvecklingsinriktad och hållbar hälso- och sjukvård i ekonomisk balans*. I denna handlingsplan ligger regionstyrelsens beslutade konkreta, hållbara och långsiktiga åtgärder och uppgifter om ekonomiska och verksamhetsmässiga mål.”

För att uppnå målet med handlingsplanen finns det ett antal resultatförbättrande åtgärder som behöver genomföras. För HLK kan man se följande områden som särskilt intressanta i sammanhanget:

- Vårdplatser – optimalt antal vårdplatser med adekvat bemanning
- Jour och beredskap
- Sål och köpt vård
- Sjukvårdsmaterial – upphandling och avtal
- Forskning och utveckling
- Allmän återhållsamhet

Personalfunktion

HR-stöd är en verksamhetsövergripande funktion där kliniken är tilldelad en HR-konsult.

Denna deltar i ledningsgruppsmöten en gång per termin samt på begäran. Konsulten skall vara behjälplig med alla typer av personalärenden men det finns inget tydligt strategiskt HR-arbete idag.

Personalomsättning mäter man inte systematiskt. Ej heller finns det rutinmässig planläggning för generationsskiften.

Rekrytering är hårt reglerat och kräver ansökan till personalfunktionen även vid ersättningsrekrytering. Detta gäller även vid vikariat och bakgrunden till detta kan härledas till den stora personalnedskärningen som gjordes för ett antal år sedan. Rekryteringsprocessen sköts av linjecheferna efter godkännande och är i huvudsak internannonserad.

Personalbudgeten har inte stöd i officiella siffror för bemanning (stat), den räknas fram av kliniken ekonom i informellt samarbete med HR-konsulten.

För avdelning 12 är det ett etablerat faktum att avdelningen är underbemannad/underfinansierad vilket kompenseras av att man accepterar att avdelningen inte håller sin budget. Detta är dock en frustrerande situation för avdelningsansvarig chef då långsiktig planering hämmas. Lungkliniken avdelning betraktas som tämligen svårrekryterad delvis pga den tunga vårdsituationen med hög andel palliativa patienter.

När det gäller kompetensförsörjningen har inte HR-konsulten en strategisk roll. Budget för kompetensförsörjning finns i form av en summa som fördelas av områdeschefen. Systematisk insamling eller redovisning av fort- och vidareutbildning sker inte i personalliggare eller på annat sätt.

Chefsförsörjningen/utbildningen är en svag punkt i regionen. Stora svårigheter i rekrytering av verksamhetschefer med läkarbakgrund.

Personalenkäter sker med cirka två års intervaller. Upphandlingar leder till olika enkäter och försvårar jämförelser och trendanalyser. Den senaste personalenkäten gjordes 2015, strax efter sammanslagningen av HLK.

Personalsituationen på mottagning/avdelning

Av historiska och praktiska skäl har man olika bemanningsstrategier på kardiologen respektive lungkliniken. Kardiologen har en gemensam personalstruktur för avdelningen och mottagningen med en avdelningschef och två biträdande chefer på 50%. Lungkliniken har två avdelningschefer, en för mottagningen och en för avdelningen, här finns också en biträdande avdelningschef på 50%.

Kardiologen

Verksamheten på avdelningen uppdelad i slutenvård och dagvård. Idag är dagvården utbyggd att motsvara behoven och speglar det faktum att mycket av den planerade kardiologiska interventionen sker i dagvård. Slutenvården är också väl dimensionerad för det akuta flödet och man tar emot utlokaliserade patienter med större vårdbehov från fr.a neurologen, thorax/kärl samt medicinkliniken.

Sjuksköterskepersonalen har rotationstjänst mellan mottagning och avdelning, ett system som man tillämpat länge och som fungerar bra. Placering på kardiologen har varit populär för nya sjuksköterskor men många går vidare till annan akut verksamhet (IVA/anestesi/ambulans) efter några år varför personalomsättningen är relativt hög (av positiva skäl) men det ställer stora krav på inskolningen som tar cirka två månader. Man har även 4 fasta natt-tjänster på avdelningen.

Personalrekryteringen tar mycket tid men hittills har man inte haft så stora problem med att få tillräckligt många kvalificerade sökande även om man tycker sig känna av den allmänna sköterskebristen. Även för undersköterskor har rekryteringen fungerat bra. På grund av den stora personalomsättningen upplever man administrationen kring rekrytering som trögjobbad.

Totalt har man 45 sjuksköterskor (31 på avdelningen, 10 på mottagningen och 3 på dagverksamheten), avdelningen har 12,8 underskötersketjänster. Man har en usk som bistår administrativt (omplacering på 90%).

Sjuksköterskorna kan även delta i forskningsverksamheten på deltid och erfarna sjuksköterskor kan ha egen mottagningsverksamhet/ansvarsområden.

Lungkliniken/mottagning

Det råder brist på sjuksköterskor och även sökande till underskötersketjänster. Detta är en relativt ny situation då tidigare har mottagningstjänster varit populära pga arbetstiderna. På grund av sjukfrånvaro, vab med mera har vakanssituationen gjort det svårt att bevilja ledigheter i önskad omfattning. En utökad grundbemanning vore önskvärd.

Verksamheten på mottagningen är i huvudsak elektiv (97%).

Sjuksköterskor har specialområden, t.ex. sömnapné, ventilatorstöd, astma och KOL. En sjuksköterska och en hälsoutvecklare arbetar inom TPE (tobakspreventiva enheten). Ingen forskningssköterska.

Till personalen hör även 2 kuratorer och en arbetsterapeut.

Lungkliniken/avdelning

Avdelningen har hittills kunnat rekrytera till de tjänster som man har, fr.a. via studenter som tjänstgjort på avdelningen. Dock råder det en oro för vad den allmänna sköterskebristen skall leda till och den disproportion som råder mellan avdelningens uppgift och bemanning. Verksamheten är tung med svåra KOLpatienter (CPAP, BIPAP) och patienter med terminal lungcancer. En stor andel av verksamheten är eller övergår till palliativ vård. Avdelningen har en hög belägningsgrad då man även har 6 platser för infektionspatienter.

En sjuksköterska deltar i stödverksamheten för patienter med syrgas i hemmet (hembesök 1-2 ggr per vecka).

Två sjuksköterskor har palliativ vård (utvecklingen och dokumentation) som särskilt ansvarsområde.

Vårdlagen på avdelningen består av två vårdlag för 15 lungpatienter med 1 ssk och 2 usk dagtid, 1 ssk och 1 usk kvällstid och natt). Infektionsdelen har motsvarande vårdlag. Dagtid har man stöd av en ambulerande sjuksköterska. Rotation sker mellan dag och natt, ett fåtal natt-tjänster finns. Nuvarande bemanning ger sedan länge ett negativt ekonomiskt resultat mot budget.

Med tanke på vårdtyngden och den avancerade vården i kombination med en betydande del palliativ vård anser man sig ha en bristande grundbemanning på avdelningen.

Kökshjälp finns 7 dgr i veckan (bistår även med tvättbeställning och smittstädning).

Data från Palliativa registret har inte redovisats vid rapportskrivningen.

Medicinsk vårdadministration

Trots den allmänna bristen på MVA har man haft bra med sökande till utannonserade tjänster, detta kopplas till ett gott rykte för enheten.

Gruppen består av 14 MVA och under våren sker en utökning till 15 tjänster enligt ök.

Normalt har man inte undersköterskor i personalgruppen men just nu finns en 50% usk i kassa och reception och en 50% (beställning av material etc), båda är rehabiliteringsärenden.

Läkarförsörjning

Kardiologen har ett gott bemanningsläge sett till totalantalet specialister men man upplever att man har ett generationsglapp mellan överläkargruppen och nedåt. Det är dock relativt många år tills man får pensionsavgångar så förutsättningar finns att sluta kompetensgapet. Det är dock viktigt att beakta detta under kommande år vad gäller fortbildning och färdighetsträning.

Inflödet av ST-läkare motsvarar det egna behovet av kommande specialister men det sker ingen överutbildning av läkare vilket vore naturligt på en region/universitetsklinik. Studierektorn för kardiologi förordar randutbildning på annat universitetssjukhus för att ge större kompetens/erfarenhet.

Lungkliniken har löst en läkarkris inom lungmedicin genom framgångsrik rekrytering av läkare från Ungern med olika erfarenhet. Man har fyra specialister med svensk bakgrund och lång klinisk erfarenhet där åtminstone två har pensionsavgång i närtid men saknar ST-läkare. Sammantaget finns här en potentiell bristsituation avseende specialister inom en specialitet som har stora rekryteringsproblem nationellt.

Någon utbildning av läkare för övriga regionen sker inte annat än i form av randutbildning för ST-läkare, förutom den centrala strategiska satsningen på läkarkandidater och AT-läkare.

Utbildning/fortbildning

Uppdragsutbildning för kandidater, sjuksköterskestuderande.

AT-ansvar (Lotta/Stella deltar i introduktionsmöten), Lotta schemalägger även randande ST-läkare.

ST-studierektor är Peter Lindell. Ansvar för egna ST på kardiologen.

Ingen ST-tjänst tillsatt för lungkliniken då man för närvarande saknar ST i lungmedicin.

SPUR-inspektioner

SPUR-inspektioner har genomförts under 2016 på såväl hjärt- som lungkliniken ST-utbildningar. Sammantaget visar dessa på goda utbildningsförhållanden och god följsamhet till SOSFS riktlinjer med ett gemensamt undantag och det avser dokumentation av handledning och kompetensutveckling. Vissa brister i utbildningsutbudet avseende lungkliniken påpekas, avser bl.a. handläggning av spontanpneumothorax.

Noteras bör att lungkliniken idag saknar ST-läkare vilket är anmärkningsvärt för en regionklinik inom en bristspecialitet.

Vårdpersonalens utbildning respektive standardutbildningar

Ansvar för internutbildning för vårdpersonalen finns på avdelningschefsnivå och man har repetitiv utbildning (så kallat årshjul) för sjuksköterskor och undersköterskor.

Obligatoriska utbildningar som HLR och brandskydd görs efter att de påkallats centralt, ansvaret för att deltagande sker åvilar den enskilde medarbetaren. Någon kontroll/uppföljning sker inte i form av personalliggare eller motsvarande.

Utbildningsbudget och kompetensförsörjningsplan

Vad avser extern utbildning har man en generös policy för deltagande. Budget och ansvar för detta ligger hos klinikchefen och innefattar kursavgifter och resor.

Någon kompetensförsörjningsplan finns inte. För läkare under vidareutbildning finns centrala direktiv om utbildningens inriktning och omfattning.

Anmärkningsvärt är att man från avdelningschefernas sida inte efterfrågar vidareutbildning för sjuksköterskor (medicin-VUB etc) utan anser att man klarar utbildningsbehoven internt samt med kortare kurser externt.

För MVA finns DRG-kodningsutbildning samt uppföljningskurser.

Sammanfattning och rekommendationer

Tillfrågad personal av alla kategorier såväl på kliniken som i supportfunktioner har varit mycket tillmötesgående under intervjuerna.

Sammantaget får man en bild av en i huvudsak välfungerande organisation som klarat sammanslagningen 2015 på ett bra sätt även om de huvudsakliga medicinska verksamheterna är närmast att betrakta som parallella organisationer.

HLK har följt den allmänna utvecklingen inom kardiologi och ligger väl framme inom infarkt/PCI vården med bra resultat och systematisk överföring av vården till dagvård. Lungkliniken har en jämförelsevis bra bemanning och därmed kopplad kapacitet vilket ger en viss utvecklingspotential som regionsjukhus (U-Ö-regionen).

En översikt av data från medicinska kvalitetsregister visar att verksamheten håller en god eller mycket god kvalitet i de flesta avseenden. En viss tillgänglighetsproblematik finns inom SVF lungcancer avseende alla behandlingsmodaliteter men de ligger i huvudsak utanför HLKs kontroll. Väntetider för första besök är något långa, i fallet sömnapnéutredning mycket lång.

Administrativt finns det en organisation som är delvis informell och i behov av strukturering. Verksamhetschefens stora engagemang, personlighet och närvaro täcker idag upp för mycket men

det finns en oro för hur verksamheten skall klara sig utan detta. Eftersom verksamhetschefens ansvarsområde i närtid utökas till att även omfatta Fysiologen ökar problematiken.

HLKs roll som regionklinik/universitetsklinik är tämligen svag vad avser kompetensutbud gentemot regionen men det finns vissa möjligheter att stärka denna. Över tid har PCI verksamheten för regionen och därmed relaterade intäkter försvunnit, varje landsting sköter nu detta lokalt. Ekonomiskt har inte justeringar för detta skett varför kliniken går mot ökat underskott i utfallet. Även i andra avseenden finns det brister i regionens ekonomiska planering och budgetarbete inklusive kopplingar till HR funktionens strategiska arbete.

KPP data visar att patientfördelningen är normal och (med all reservation) att klinikernas vårdkostnader inte är onormalt höga.

Resurstilldelningen för avd 12 är problematisk. Detta faktum bottnar dels i bristande budgetarbete centralt och avsaknaden av fastställda personalstater som är anpassade till uppdragen.

Rekommendationer

En uppdragsbeskrivning för HLK bör tas fram i samråd med områdeschefen för att säkerställa att kliniken har rätt förutsättningar för sitt uppdrag.	I uppdragsbeskrivningen bör anges vilka kliniska områden/diagnostik och stödfunktioner som är väsentliga för klinikens funktion. En målbeskrivning bör tas fram som med hänvisning till uppdraget anger viktiga styrparametrar som relaterar till tillgänglighet, väntetider för utredning och behandling samt mål för den regionala spetskompetensen och forskningen vid kliniken. För de senare målen av ovanstående bör detta vara formulerat i en långtidsplan, helst som del av övergripande långtidsplan för område eller regionens sjukvård. En tidshorisont (löpande) om minst fem år bör eftersträvas.
Organisation av HLK	En översyn över HLKs organisation, arbetsroller för chefer/ansvariga bör göras för att säkra ansvar/mandat/befogenheter med större decentralisering av beslut där så är möjligt.
Befattningsbeskrivningar	Befattningsbeskrivningar bör tas fram för alla chefer/ansvariga i enlighet med ovanstående
Stödfunktioner	Klinikekonom och HR-support bör involveras tydligare i det dagliga arbetet och kunna arbeta med strategiska frågor
MLA/biträdande VC	För respektive klinikområde bör rollen som MLA/bitr VC förstärkas till att leda såväl det medicinska/strategiska arbetet som att bistå VC med arbetsledning/administration
Biträdande VC (nuvarande)	Rollen bör omformuleras till att motsvara ansvarsområdet
Regionuppdrag	Bör diskuteras med sjukhusledningen och strategisk inriktning bör beslutas. FoU bör

	utvecklas i enlighet med status som universitetssjukhus. Detta innefattar även dimensionering av ST-läkare. För hjärtsidan är det främst verksamhet inom "structural heart och arrytmidiagnostik/behandling" där kompetens kan erbjudas. För lungkliniken finns det möjligheter att erbjuda kapacitet inom cancerdiagnostik.
Rekrytering och planering för övertagande av Capio's kardiologimottagning	Utökningen motsvarar enligt uppgift en till två läkartjänster plus en ssk och stödfunktioner. Här finns möjlighet till rekrytering på MLA-nivå för den kardiologiska verksamheten.
Mottagningsplanering/väntetider	Ett större engagemang i mottagningsplaneringen från MLA och avdelningschefer för jämnare belastning och kortning av väntetider till >90% faktisk väntan inom 30 dgr.
Sömnapné-mottagning/CPAP-utprovning	Planering för den ändrade organisationen, ingen SASutredning men troligen kraftigt ökat behov av utprovning och underhåll. Vem tar kostnaden för hjälpmedlen?
TPE	En plan för TPE bör tas fram innefattande antingen överföring till primärvården alternativt en strategisk satsning innefattande regionuppdrag/universitetsuppdrag inom utbildning och FoU. I det senare fallet bör ett eget ekonomiskt ansvarsområde skapas och efterträdare identifieras.
Framtagande av personalstat för respektive verksamhet (i första hand avdelningarna, i andra hand mottagning, övrig verksamhet)	Fr.a. avdelning 12 behöver en revision av sin bemanning och ett relevant bemanningstal och anpassad budget i förhållande till uppdraget. Särskild hänsyn bör tas till den stora palliativa belastningen.
Kompetensförsörjning	En kartläggning över utbildningsinsatser per personalkategori bör göras. En kompetensförsörjningsplan inkluderande personalkategorier, utbildnings/kompetensbehov samt strategisk utveckling bör tas fram. Särskilt bör beaktas lungkliniken behov av kompetens (specialister för astma och allergi), rekrytering av ST-läkare samt möjligheten av stödfunktioner på mottagningar/avdelningar för att minska belastningen på vårdpersonal.

Medicinsk revision

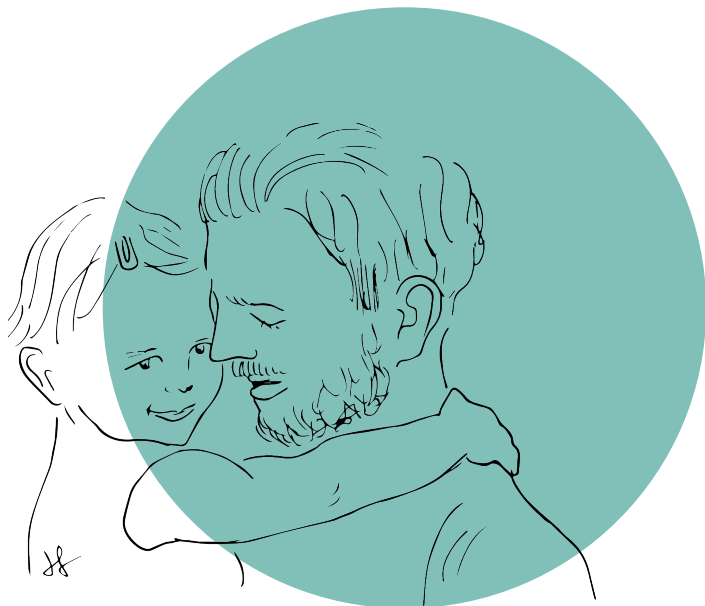
Enligt plan skall en särskild medicinsk revision genomföras av specialist inom respektive medicinskt område. Som bakgrund kan mer detaljerad redovisning av status i kvalitetsregister användas, i denna rapport redovisas detta endast översiktligt.

Bilaga 3

Bilaga 3. Arvidsson E, Gäre Arvidsson S, Zetterberg L.
Kollegial kvalitetsdialog i primärvården
En del i Svenska Läkaresällskapets pilotprojekt
för Professionell granskning och klinisk revision.
Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2019.



Svenska
Läkaresällskapet



SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Kollegial kvalitetsdialog i primärvården

En del i Svenska Läkaresällskapets pilotprojekt för Professionell granskning och klinisk revision



Kollegial kvalitetsdialog i primärvården

Som en del i Svenska Läkaresällskapets pilotprojekt för Professionell granskning och klinisk revision, har en modell för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården arbetats fram och testats på tre vårdcentraler. Arbetet har skett i som en del av Svensk Förening för Allmänmedicins (SFAM:s) utvecklingsarbete och i samarbete med PrimärvårdsKvalitet.

Författare: Eva Arvidsson

Illustrationer: Linnea Arvidsson

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Kvalitetsutveckling.....	3
Från New public management till tillsynsstyrning	3
En värdefull vård	3
Kvalitetsgranskning i primärvården	3
Prioritering	4
Uppdrag: Professionell granskning och klinisk revision	4
Syfte	5
Metod	5
Projektgrupp	5
Utveckling av modellen	5
Manualen för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården	6
Deltagande vårdcentraler	9
Praktiskt genomförande	9
Resultat och reflektioner	10
Framtida utveckling och användning	12
Referenser	14
Bilaga 1. Dialogmanual för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården	16
Bilaga 2. Fördjupningsdel Levnadsvanor	20
Bilaga 3. Direktiv till arbetsgrupp (efter beslut i SLS Nämnd 2016-12-13)	21
Bilaga 4. Utdrag ur En värdefull vård	23

Bakgrund

Kvalitet i hälso- och sjukvården

Från 1990-talet växte kvalitetsrörelsen i hälso- och sjukvården fram i världen och Sverige. Fokus har varit på ständiga förbättringar. Lärande samt medarbetarnas delaktighet i, och ansvar för, kvalitet och verksamhetsutveckling har också varit viktiga komponenter. På senare år har man också i större utsträckning involverat patienter i arbetet. Det finns ett visst mått av utvärdering i kvalitetsarbete genom att man behöver data för jämförelser med andra och över tid för att kunna värdera kvalitet och förbättring. Granskning och återkoppling i olika former är vanliga verktyg i primärvården och också i andra delar av vården (1, 2).

Från New Public Management till tillsyn

De senaste decennierna har nya styrformer av vården introducerats, inspirerade av bl. a New Public Management. Lagen om vårdval i primärvården kom 2010. Det blev då obligatoriskt att införa vårdval, vilket innebar marknadsanpassning med konkurrens mellan vårdcentralerna, ”kunder” istället för patienter och allt mer efterfrågestyrning snarare än behovsstyrning. Då landstingen övergick från att ”bara” vara producenter till att bli finansierare av både egen och privat producerad vård upplevde man ett behov av ökad styrning med detaljmål och prestationsersättningar liksom av övervakning i form av uppföljning och kontroll. De negativa konsekvenserna av detta har beskrivits av flera forskare; i vården tar olika typer av administration, rapportering och dokumentation mer tid, kostnaderna ökar medan tiden för kärnuppgiften minskar liksom möjligheten till flexibilitet, helhetssyn och samverkan (3, 4). Personalen uppfattar också att tilliten till de anställdas yrkeskunskap har minskat.

Även regeringen har varit kritisk mot New Public Management (5). Tillsättandet av Tillsynsdelegationen 2016 var en önskan att utveckla styrmodeller som tar större hänsyn till professionerna, yrkesetik och vetenskaplig forskning i offentlig sektor. År 2018 kom rapporten ”Med tillit växer handlingsutrymmet - tillsynsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn” (6). En ny utredning har också tillsatts ”Ordning och reda i vården” (7), senare omdöpt till ”Styrning för en mer jämlik vård” (2017:08) med syfte att utreda förflyttningen av fokus från kontroll och vinstintresse till tillit och behovsstyrd vård.

En Värdefull Vård

Svenska Läkaresällskapets (SLS:s) rapport ”En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum” kom 2015 (8). I denna betonades bland annat vikten av att professionella värden får större genomslag i svensk sjukvård än idag. Till dessa värden hör vetenskap och beprövad erfarenhet samt fokus på etiska värden med betoning på vårdbehov och patientnytta. Senare har också frågan om professionell tillit och principer för styrning lyfts fram som viktiga punkter i SLS idéprogram för förbättrad hälsa och sjukvård (9). Som en del av ett samarbete mellan Sveriges läkarförbund och SLS skrevs rapporten ”Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten” 2001 (10). Här summerades att syftet är ”...att främja enhetens interna kvalitetsarbete genom att via en extern kvalitetsrevision värdera enhetens medicinska kvalitet och påvisa förbättringsmöjligheter. Grundprincipen är att enheten själv beställer Medicinsk Kvalitetsrevision.”

Kvalitetsgranskning i primärvården

Studier visar att arbetsglädjen på vårdcentraler ökar när man förbättrar vårdkvaliteten (11). Kvalitetsgranskning och kollegial granskning har också lång tradition i svensk primärvård (12, 13).

För att samla medicinska kvalitetsdata som utgångspunkt för diskussionerna användes Svensk Förening för Allmänmedicins Kvalitets- och Patientsäkerhetsråds (SFAM-Q:s) "Mål & Mått" (14) som byggde på manuell datainsamling och stickprov under 1990-talet. I början av 2000-talet övergick man till det "halvdigitala" PV-kvalitet som skapades i Sydöstra sjukvårdsregionen. Som mest deltog en fjärdedel av landets vårdcentraler i PV-kvalitet. Verktuget användes både för lokalt förbättringsarbete och för kollegiala kvalitetsdialoger. Kvalitetsarbete utifrån PV-kvalitet ingick också i kraven på vårdcentralerna i vårdvalet i några landsting och har dessutom använts för uppföljning från huvudmännen.

Det nuvarande kvalitetssystemet för Primärvård, PrimärvårdsKvalitet (15) har också utvecklats av professionerna och är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. PrimärvårdsKvalitet består av evidensbaserade indikatorer för olika aspekter av medicinsk kvalitet i primärvård. Indikatorer finns såväl kring primärvårdens breda verksamhet som samsjuklighet, samverkan, prioritering, läkemedel, sköra äldre och levnadsvanor som kring olika grupper med kronisk sjukdom samt infektioner. Systemet ger stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete. Vårdcentralerna kan se aktuella uppgifter om sin egen verksamhet och följa upp vården av enskilda patienter. Som referens visas genomsnittsvärden från hela landet.

Prioritering

I primärvården har inslaget av efterfrågestyrning av vården ökat efter vårdvalets införande (16) vilket bidrar till svårigheter att ge vård efter behov (17). Ett annat problem är resursbrist. Andelen primärvårdsläkare av totala antalet specialister är i Sverige lägre (knappt 17 %) än genomsnittet i andra OECD-länder (medel 30 %) och andelen fortsätter att minska (18). Den relativa resursandelen till primärvården i svensk sjukvård minskar också (19) samtidigt som många arbetsuppgifter överförs till primärvården. Detta medför svårigheter att kunna ge all den vård som behövs och prioritering blir därför nödvändig.

Uppdrag: Professionell granskning och klinisk revision

På basen av SLS:s "En Värdefull Vård – En hälso- och sjukvård med människan i centrum" beslutades i SLS nämnd december 2016 om direktiv till en arbetsgrupp med beteckningen Arbetsgruppen för professionell granskning och klinisk revision (nedan kallad arbetsgruppen), se bilaga 2 och 3. Arbetsgruppen började formeras sommaren 2017 och i oktober inkluderades också en representant för allmänmedicin, Eva Arvidsson, i gruppen.

I direktiven till arbetsgruppen ingick uppdraget att ta fram modeller för att utvärdera vårdkvalitet och kvalitetsarbete. Revisionen skulle syfta till att inspirera deltagande vårdenheter att regelbundet jämföra sina resultat med enheter som handlägger likadana tillstånd för att därmed uppmuntra alla att lära av de bästa och stödja de sämsta.

Modellen skulle passa för både öppen och sluten vård oavsett driftsform och både de professionella organisationerna och huvudmännen. Modellen skulle helst tillgodose professionernas krav, huvudmännens behov samt tillvarata intresse från patienter, anhöriga och övriga skattebetalare. Man lyfte också det tvärprofessionella perspektivet i direktiven.

Arbetsgruppen tog fram en initial övergripande tentativ modell för kvalitetsrevision baserad på följande källor: 1) En värdefull vård-rapporten, 2) SLS' direktiv, 3) Medicinsk kvalitetsrevision-rapporten samt 4) seminarier och workshops som genomförts av arbetsgruppen.

De senare är dokumenterade i minnesanteckningar (SLS) i anslutning till mötena. I modellen föreslås övergripande form och innehåll för medicinsk revision. Vetenskap och beprövad erfarenhet framhålls, liksom fokus på etiska värden med betoning av professionellt definierade vårdbehov och patientnytta. Här betonas särskilt fyra domäner i medicinsk kvalitetsrevision: vetenskap och medicinska resultat, etik och prioriteringar enligt riksdagens prioriteringsplattform, patientsäkerhet samt utbildning. Ett särskilt fokus på handläggning av relevant samsjuklighet framhålls ("Hippokrates-revision"). Till varje domän har knutits ett batteri av 3–5 frågor". Dessa frågor kompletteras med det startdokument som anges i "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten", se sidorna 3, 4, 19 och 20 i Medicinsk revision av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus (20). Denna övergripande tentativa modell testades mars 2018 i pilotprojektet Medicinsk revision av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus (20). Den tentativa modellen redovisades under bland annat SLS' fullmäktigemöte i Stockholm den 15 maj 2018 respektive SLS seminarium under Almedalsveckan den 3 juli 2018. Arbetsgruppen har redan från början konstaterat att modellen kan behöva anpassas beroende på inom vilken specialitet den medicinska revisionen sker.

Efter revisionen på Hjärtlungkliniken i Örebro beslutade arbetsgruppen att, med den tentativa modellen som utgångspunkt, genomföra revision i primärvården. Detta arbete har resulterat i en modell som vi kallat för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården. Modellen har arbetats fram och testats på tre vårdcentraler. Arbetet har skett som en del av Svensk Förening för Allmänmedicins (SFAM:s) utvecklingsarbete och i samarbete med Arbetsgruppen för PrimärvårdsKvalitet.

Syfte

Det övergripande syftet med Kollegial kvalitetsdialog i primärvården är att i dialogform belysa en enhets styrkor och svagheter med utgångspunkt i medicinsk kvalitet, vetenskap och etik och genom detta stimulera till utveckling och kvalitetsförbättringar.

Metod

Projektgrupp

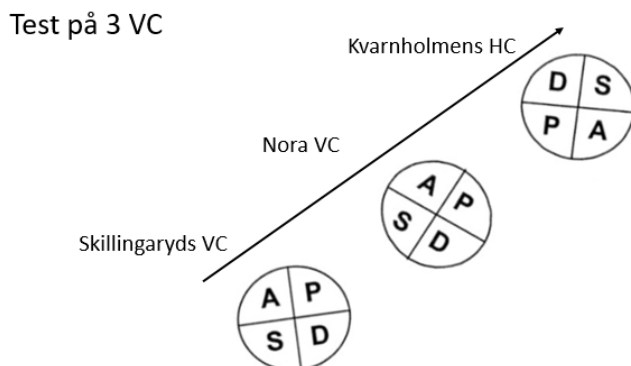
Kvalitetsdialogerna har genomförts av en projektgrupp (nedan kallad projektgruppen) bestående av: Eva Arvidsson med dr, specialist i allmänmedicin, Stina Gäre Arvidsson, ST-läkare i Allmänmedicin, delprojektledare SKL och Lena Zetterberg, fysioterapeut och uppföljare vårdvalsenheten VGR. Dialogerna genomfördes 2018 på Skillingaryds vårdcentral (24 augusti 2018), Nora vårdcentral (31 augusti 2018) och Kvarnholmens hälsocentral i Kalmar (5 november 2018).

Utveckling av modellen

Som metodstöd för att utveckla modellen för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården användes Nolans förbättringsmodell med (Plan, Do, Study, Act – cykler (PDSA-cykler)⁽²¹⁾. Modellen är en etablerad metod för att testa förändringar i liten skala inför ett eventuellt storskaligt införande. Genom att börja i liten skala och utifrån lärdomarna göra successiva förbättringar av förbättringen, samtidigt som processen studeras byggs ett lärande vilket ökar chansen för lyckad implementering.

I praktiken innebar detta att alla tre stegen ovan (dvs. stegen innan, vid och efter vårdcentralbesöket) testades på den första vårdcentralen.

Med hjälp av projektgruppens erfarenheter från testet tillsammans med feedback från vårdcentralen justerades metoden något innan den testades på den andra vårdcentralen. Efter nya justeringar provades modellen på den tredje vårdcentralen, se figur 1. PDSA är samma modell som ofta används för förbättringsarbete på vårdcentralerna, vilket underlättade deras deltagande i projektet.



Figur 1. Modellen testas på tre Vårdcentraler

Manualen för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården

En utgångspunkt för modellen Kollegial kvalitetsdialog i primärvården var innehållet i Professionell granskning och klinisk revision som beskrivs i direktiven från SLS:

- Följsamhet till evidens, jämföra medicinska resultat
- Omvårdnadsaspekter, prevention
- Etiska principer, prioritering
- Tillgänglighet
- Forskning, utbildning och fortbildning
- Arbetsformer, väntetider, resursåtgång

Med primärvårdens komplexitet måste uppföljningen vara flexibel för att kunna stödja och motivera till utveckling (22) och både kvalitativa och kvantitativa aspekter av verksamheten behöver belysas utifrån dess specifika kontext. Detta görs bäst i dialogform (23). Den övergripande tentativa modellen för kvalitetsrevision från arbetsgruppen samt områdena ovan bildade utgångspunkten för en dialogmanual som Projektgruppen tog fram och testade (och succesivt utvecklade) på tre vårdcentraler. Erfarenheterna från medicinsk revision av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus (20) bildade också grund för i arbetet med att ta fram manual och metod för Kvalitetsdialogen. Frågeområdena listas i tabell 1 (för detaljerad dialogmanual, se bilaga 1).

För varje område diskuterades:

- Hur ser det ut?
- Utmaningar?
- Visioner?

Utöver ovanstående användes också projektgruppens egna erfarenheter och kunskaper av kvalitets- och förbättringsarbete, forskning, undervisning och patientarbete var också en viktig grund då modellen för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården togs fram.

Projektgruppen hade dessutom rik erfarenhet från tidigare revisioner:

1. Primärvårdsförvaltningen/Vårdvalsenheten i Kalmar läns landsting 2002–2014
2. Kvalitetsuppföljningar till vårdcentralerna från primärvårdens FoU-enhet i Jönköping från 2013 och framåt
3. Arbete med Mål & Mått, PV-kvalitet och PrimärvårdsKvalitet, kvalitetsuppföljningar av rehabverksamheten i VGR.

En grundläggande förutsättning var att dialogen skulle upplevas som värdefull för verksamheten. Som ram för dialogmanualen valdes modellen 5 P – Purpose (syfte), Patienter, People (medarbetare), Processer, Patterns (mönster) (24). 5P-Modellen används ofta för att beskriva det kliniska mikrosystemet, dvs. den grupp av personer som regelbundet arbetar tillsammans – med patienten i centrum – och delar information, har gemensamma processer, medicinska- och verksamhetsmål och som genom samspel producerar resultat.



P1: Personal (Persons)	Anställda Fortbildning Arbetsmiljö Utbildning (AT, ST, andra typer av praktik, studenter) Forskning	
P2: Syfte (Purpose)	VCs egen verksamhetsidé och vision?	
P3: Patienter	Listade/Patienter (antal, typ av population, t ex ålder, diagnosgrupper, socioekonomiska faktorer) Patientcentrering, patientmedverkan Patientsynpunkter	
P4: Processer	Organisation, struktur, ledning	Hur jobbar man? Vardagsorganisation? Team? eHälsa Ledning Ledningssystem Ekonomi Lokaler
	Patientsäkerhet	Hur arbetar man? Rutiner, Avvikelserapportering
	Utveckling	Förbättringsarbete Ny kunskap (t.ex. riktlinjer och vårdprogram) Datakällor inkl. PrimärvårdsKvalitet Resultat för vanliga diagnosgrupper
	Konkreta exempel:	Utgå från konkreta mått i PrimärvårdsKvalitet, t ex Stroke, Levnadsvanor Rutiner för dessa Hur ser det ut? Reflexioner? Förändringar?
	Kontinuitet	Fast läkare Listade/läkare
	Prevention och levnadsvanor	Hälsosamtal, struktur Livsstilsmottagning, organisation Resultat? (t ex från PrimärvårdsKvalitet) Patientrapporterad data
	Samverkan	Samverkan med andra aktörer och vårdgivare Individer med komplexa vårdbehov
P5: Mönster i verksamhetens utveckling (Patterns)	Besöksmönster	Fördelning av olika besök "Äkta" täckningsgrad Mångbesökare
	Prioriteringar	Etiska plattformen i praktiken? Bortträngningseffekter? Vårdbehov hos patienter med nedsatt autonomi? Tillgänglighet för vem? Organisation kring sjukhem/hemsjukvård? Resultat i PrimärvårdsKvalitets indikatorer om prioritering
	Tillgänglighet	Öppettider/Mottagningstider Tillgänglighet för akuta, utredningspatienter och kroniskt sjuka? Telefontillgänglighet

Tabell 1. Sammanfattning av dialogmanual för modellen för Kollegial kvalitetsdialogi primärvården

Deltagande vårdcentraler

För Kvalitetsdialogerna tillfrågades tre vårdcentraler i tre olika regioner (för att få spridning med olika vårdvalssystem) om deltagande: Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Örebro län. Karaktäristika för de utvalda vårdcentralerna redovisas i tabell 2.

	Skillingaryds VC, Region Jönköpings län	Nora VC, Region Örebro län	Kvarnholmens HC, Region Kalmar län
Bemanningsituation	God	Relativt god	Relativt god
Antal listade patienter	Ca 5700	Ca 11 000	Ca 7 700
Ekonomi	Balans	Ej i balans	Relativt god balans
Offentlig/privat driftsform	Offentlig	Offentlig	Offentlig
Tillgång till Primärvårds-Kvalitet	Nej (dock eget uppföljningssystem sedan lång tid tillbaka)	Ja	Ja

Tabell 2. Karaktäristika för de deltagande vårdcentralerna

Praktiskt genomförande

1. *Innan besöket* skickade vårdcentralcheferna fakta angående bemanning och listning till projektgruppen.

2. *Vid besöket* genomfördes två dialoger med utgångspunkt från dialogmanualen:

- Dialog med vårdcentralsledningen: Vårdcentralchef och medicinskt ansvarig (ca 3 timmar)
- Dialog med personal från olika yrkeskategorier (ca 1–1½ timme)

Under dialogerna leddes samtalet av en av medlemmarna i projektgruppen medan de andra ställde kompletterande frågor och dokumenterade samtalen. Vid samtalen med olika yrkeskategorier deltog utbildningsläkare, specialistläkare, sjuksköterska/distriktssköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog och sekreterare. Vid dessa dialoger användes samma manual som vid dialogen med vårdcentralsledning, men fokus låg på personalens upplevelse av situationen på vårdcentralen.

3. *Efter besöket*

a. Analys och sammanställning av data från vårdcentralen

Alla noteringar från samtalen återrapporterades inte utan relevant data sammanställdes i PowerPoint (för att enkelt kunna visas på t.ex. arbetsplatsträff) under fyra rubriker.

- Styrkor
- Förbättringsmöjligheter
- "Nivån över" (dvs. problem och möjligheter som låg på huvudmannanivå/ beställarorganisationsnivå ("mesonivån"), som inte vårdcentralen själv kunde påverka)
- Lärdomar för uppföljningsteamet

b. Återrapport och Feedback

Återrapporteringen gjordes via videolänk med vårdcentralsledningen och samtliga i projektgruppen. Mötet tog ca 1 timme och inkluderade feedback från vårdcentralsledningen till projektgruppen om metoden för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården, utöver exemplet på återrapport i tabell 3.

Ett urval av styrkorna i verksamheten	• Fin gemenskap och vi-känsla • God förbättringskunskap i personalstyrkan • Goda utbildningsmöjligheter. Alla har en kompetensutvecklingsplan – men svårare nu jfr med tidigare pga. ny organisation • Tydlig stöttning från verksamhetschef i svåra medicinska situationer • Ordning och reda, tydliga strukturer för olika processer • Kontinuitet prioriteras i verksamheten för flera yrkeskategorier. Även tillgänglighet prioriteras t.ex. genom telefontider till läkare varje dag. •Handledning och god lärandemiljö prioriteras • Bra struktur för preventiva åtgärder och struktur för att prioritera patienter med identifierad risk/behov av preventiva insatser. • Aktivt arbete kring identifiering och vård av grupper med stora behov t.ex. svårast sjuka, patienter med psykisk sjukdom.
Frågor att fundera över	• Identifiering av strokepatienter för att kunna följa upp dem och se att de får adekvata åtgärder. Undersöka vårdkedjan närmare? • Behöver strukturer stärkas kring dialog kring nya riktlinjer/rön t.ex. på APT/personalmöten? Ansvarsfördelning hos personalen för fortbildning? • Effektivisera arbetssätten för diabetes- och astma/KOL-ssk? Stärka rehab-åtgärderna för stroke och KOL-patienter. Arbeta mer med att hitta patienter med behov av åtgärd. • Utveckling av anhörigstöd i lokalsamhället/kommunen? • Kan man förbättra ytterligare kring alla yrkesgruppers utbildningsbehov? Behövs professionsbundna regelbundna möten för fler yrkesgrupper? • Arbetstagarnas arbetsmiljö värnas, hur värnas verksamhetschefens arbetsmiljö (möjlighet att ta ut flex/komp etc.)? • Hur följs effekten av levnadsvaneinterventioner upp? • Behöver teamarbete (där man träffar patienten tillsammans) utvecklas för fler områden än för patienter med sjukskrivning?
För ”meso-nivån”	• Är mobila stroke teamens resurser prioriterade efter behov? Transparent? Jämlik vård? • Prioritering på rehab → tunga/resurskrävande patienter på VC (teambehov), ”lätta” till privata utanför VC? • När nya riktlinjer kommer: görs någon gapanalys på regional nivå för att bedöma resursbehov? • Nya direktiv: kan de tas fram i samverkan med verksamhetschefer och personal? Mindre detaljstyrning? • Sparkrav på närsjukvården – lika krav för privata och offentliga? • Hur ska primärvården bli basen med underfinansiering och sparkrav? • Hur relevanta är vårdvalets måltal? Risk med felprioritering (ex HbA1c, telefontillgänglighet)

Tabell 3. Exempel på återrapport till vårdcentral

Resultat och reflektioner

Resultaten består av två delar:

- En modell för Kollegial kvalitetsdialog (professionell granskning och klinisk revision) i primärvården
- Resultaten av granskning och revision från de tre deltagande vårdcentralerna

Det som beskrivs i denna rapport är modellen för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården. Resultaten från Kvalitetsdialogerna på de deltagande vårdcentralerna beskrivs endast delvis och då med syfte att illustrera metoden.

En viktig del av Kvalitetsdialogerna var dialogen om medicinsk kvalitet. I SLS:s "En värdefull vård" föreslås att "Varje professionell granskning ska föregås av ett arbete där det aktuella kunskapsläget sammanställs för det granskade området". För Primärvårdens del fyller PrimärvårdsKvalitet (15) väl detta behov. Diskussionerna utifrån aktuella siffror om den egna verksamheten i PrimärvårdsKvalitet resulterade i kreativa idéer om möjliga förbättringar på vårdcentralerna. Exempel på patientgrupper som diskuterades var regelbunden uppföljning för patienter med TIA/stroke, etiologisk diagnos vid bensår och systematiskt arbete med levnadsvanor.

Prioriteringar var en annan viktig del i dialogen. På alla vårdcentraler lyftes detta som ett problem. Exempel på aspekter som lyftes fram var nya riktlinjer från Socialstyrelsen som innehåller högt prioriterade insatser från fysioterapeuter för patienter med KOL och genomgången Stroke. Man hade diskuterat i verksamheten om något kunde lyftas bort för att skapa utrymme för dessa åtgärder. Då man inte hittade något man kunde sluta göra fick man istället välja ut saker att "göra halvdant". Ett annat exempel var att man inte nådde målen för telefontillgänglighet. För att kunna göra det skulle man behöva ha fler sjuksköterskor i telefon men detta skulle då leda till försämring med lägre kontinuitet för kroniskt sjuka patienter som togs om hand på distriktssköterskornas mottagningar. Ytterligare exempel på prioriteringsfrågan var att dialogen kring kvalitetsdata gav möjlighet till att identifiera "bortglömda" patientgrupper med behov som i nuläget inte uppfylldes. Detta handlade då om patienter med kronisk sjukdom. Även patienter med allvarliga men inte "akuta" besvär, äldre och preventivt arbete fick ofta stå tillbaka i konkurrens med tillgänglighet på telefon och för besök "för alla" (varav många med lindriga besvär) vilket prioriterades av regionerna.

Reflexionerna efter denna dialog handlade dels om det positiva i att man på vårdcentralen arbetar med systematisk öppen prioritering och att man värnar arbetsmiljön. En möjlig förbättring är att trots allt hitta nya metoder och arbetssätt. Den tredje aspekten är problemet på mesonivån (huvudmannanivån): Hur ser uppdraget ut? Hur är balansen mellan uppdrag och resurser för vårdcentralen? När nya riktlinjer kommer: görs någon gapanalys på regional nivå för att bedöma resursbehov?

Ett tredje område som diskuterades var bemanning och kontinuitet. Man upplevde på vårdcentralerna kolliderande mål mellan tillgänglighet och kontinuitet och dessutom hade man en reell brist på personal. För att skapa rimlig kontinuitet och arbetsmiljö hade man listor på 1500 patienter för de ordinarie läkarna. Övriga patienter fanns på listor (med färre patienter på varje) till utbildningsläkare eller på vikarielistor. Dessa listor var också uppdelade på de fasta läkarna som tillsammans med en sjuksköterska hade huvudansvar också för dessa patienter. Systemet innebar en viss kontinuitet samtidigt med en känsla av att kanske på sikt få ett rimligt uppdrag för läkarna. Det blev också tydligt vilka begränsningar som egentligen fanns på vårdcentralen att klara uppdraget. Problemen och förbättringsmöjligheterna handlade om mer jämlik vård för de listade. Också här framkom frågor till mesonivån (huvudmannanivån) om balansen mellan uppdrag och resurser.

En aspekt som sålunda kom upp vid många tillfällen på alla tre vårdcentralerna var relationen till mesonivån och vilka förutsättningar de hade att utföra sitt uppdrag med tanke på problem som låg utanför vårdcentralernas möjlighet att påverka. Cheferna var angelägna om att det förs en dialog med mesonivån så att man kan adressera problem som är relaterade till uppdragsbeskrivningar, ersättningssystem och tillgängliga resurser.

Vi ser det som viktigt att man framöver, när man använder modellen för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården, har en struktur för dialog också med mesonivån alternativt att dialogen på något sätt inkluderar mesonivån. Här bör den uppdaterade Basmodellen kunna vara till hjälp.

Det praktiska genomförandet av Kvalitetsdialogerna beskrivs under Metod - Praktiskt genomförande ovan. Under arbetet med att utveckla modellen justerades dialogmanualen iterativt. Bland annat tillkom frågorna om eHälsa som inte fanns med initialt.

I återkopplingen från vårdcentralerna framkom flera saker som uppfattades som positiva:

- Givande, roligt, värdefullt!
- Bra med dialog – siffror behöver sammanhang!
- Bra med kort återrapport, formen per Powerpoint kan användas direkt i samtal med medarbetarna
- Återkoppling till mesonivån viktigt!

Den övergripande kritiken var tidsåtgången. Man önskade att mindre tid skulle tas i anspråk för själva dialogen (men tyckte samtidigt att det var värt investeringen).

Parallellt med framtagandet av modellen för Professionell granskning och klinisk revision i primärvården har Sveriges kommuner och landstings (SKL:s) Basmodell för uppföljning av Primärvård (25) från 2014 uppdaterats. En uppdatering önskades med mindre detaljstyrning och ökat fokus på analys och diskussion kring kvantitativa data och kvalitativa frågor. Data från PrimärvårdsKvalitet gav också nya möjligheter. I Basmodellen beskrivs uppföljningens syfte att "säkerställa att det som beställts enligt avtal och överenskommelser levereras enligt uppgjorda uppföljningsplaner och genomförs av uppdragsgivare och beställare och omfattar enskilda vårdgivare oavsett avtal och driftform" (26). Även om modellen för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården inte täcker "kontroll och följsamhet till avtal" fullt ut på det sätt som SKL kan ha behov av, sågs samarbete med SKL:s uppdatering av Basmodellen som en positiv möjlighet.

Framtida utveckling och användning

Modellen har hittills endast testats på tre vårdcentraler, i olika regioner men alla offentliga. Test, eller reell användning, av modellen på fler vårdcentraler kan säkerställa viktiga aspekter och värdefullt lärande som kan vara en hjälp vid vidareutveckling modellen. Det skulle kunna vara vårdcentraler i olika typer av regi, med olika ledning, olika bemanning eller andra förutsättningar som skiljer sig från de tre som hittills ingått vid utvecklingen av modellen.

Två personer i projektgruppen var läkare, en utbildningsläkare och en erfaren specialist. Dessutom ingick en fysioterapeut. Fler kompetenser i projektgruppen skulle kunna tillföra viktiga aspekter till dialogmanualen.

En idé som fanns med tidigt var att innan besöken på vårdcentralerna samla in synpunkter och fakta även via kortare patientintervju eller enkät. Intervjufrågor och enkät togs fram, men testades aldrig på grund av upplevd tidsbrist på vårdcentralerna och att projektgruppens bedömning var att ytterligare moment som skulle ta tid för de deltagande vårdcentralerna skulle försvåra möjligheterna att testa modellen.

En möjlighet att lösa problemen med tidsåtgång för Kvalitetsdialogerna är att dela upp dialogen i olika avsnitt och fokusera på olika saker vid olika tillfällen (olika år), vilket sannolikt kan göras när relation och kontinuitet har etablerats.

Sammanfattningsvis välkomnas modellen för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården av deltagande verksamheter som uppfattade den kollegiala kvalitetsdialogen som värdeskapande för såväl verksamheten som patienterna.

Kollegial kvalitetsdialog i primärvården bör kunna användas både av kollegor med olika yrkeskompetens och intresse för kvalitet och uppföljning, av forsknings- och utvecklingsenheter samt av t ex vårdvalsenheter eller motsvarande och av förvaltningschefer/koncernchefer både i privat och offentlig primärvård.

Den övergripande tentativa modell för kvalitetsrevision som arbetsgruppen för professionell granskning och klinisk revision tog fram har vidareutvecklats under möten, seminarier och workshops som hållits utifrån det första testet på Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus. Fortsatt utveckling kommer att ske utifrån erfarenheterna från Kollegial kvalitetsdialog i primärvården och kommunikation kring denna. Modellen planeras också att testas i psykiatri och i kirurgisk verksamhet.



Referenser

1. Bertilsson G, Dagerhamn J, Liliemark J. Effekt av återkoppling och eventuella kompletterande åtgärder på vårdkvaliteten i primärvård. 2012.
2. Colquhoun HL, Brehaut JC, Sales A, Ivers N, Grimshaw J, Michie S, et al. A systematic review of the use of theory in randomized controlled trials of audit and feedback. *Implement Sci*. 2013;8:66.
3. Ivarsson Westerberg AF, A. New Public Management och administrationssamhället. Organisation och samhälle. 2014(2).
4. Seddon J. Systems Thinking in the Public Sector - the failure of the reform regime... and a manifesto for a better way. Axminster: Triarchy Press; 2008.
5. Regeringskansliet. Ny styrning bortom New Public Management 2015 [Available from: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2014/10/ny-styrning-bortom-new-public-management/>].
6. Tillitsdelegationen. Med tillit växer handlingsutrymmet - tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Stockholm: Regeringen; 2018. Contract No.: 9138248190, 9789138248195.
7. Regeringskansliet. Ordning och reda i vården med Göran Stiernstedt 2017 [Available from: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/12/ordning-och-reda-i-varden-med-goran-stiernstedt/>].
8. En värdefull vård - en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Svenska Läkaresällskapet; 2015.
9. Svenska läkaresällskapet idéprogram för förbättrad hälsa och sjukvård. Stockholm: Svenska läkaresällskapet; 2018.
10. Medicinsk kvalitetsrevision: ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten. Sveriges läkarförbund; 2002.
11. Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbach AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med*. 2013;11(3):272-8.
12. Lindström KW, G. Kvalitetsrevisioner på vårdcentraler stimulerar kvalitetsarbetet. Har gett uppslag till förbättringar som delvis kunnat genomföras. . *Lakartidningen*. 1999;96(8):918-22.
13. Lindström K. Ny modell för klinisk revision i primärvård. 1996;93(12):1093-9.
14. Mål & Mått i Allmänmedicin.
15. PrimärvårdsKvalitet: Sveriges kommuner och landsting; [cited 2019 May 31]. Available from: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardkunskapsstyrning/p/rimarvardskvalitet.5977.html>.
16. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Stockholm; 2014.
17. Arvidsson E. Priority Setting and Rationing in Primary Health Care: Linköping University; 2013.
18. OECD. Health at a Glance 2017. 2017.
19. Primärvården i belysning. Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
20. Ekerstad NL, CG. Medicinsk revision av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus. Svenska Läkaresällskapet; 2018. Tillgänglig på: https://www.sls.se/globalassets/sls/klinisk-revision-sls_rapport-2018.pdf
21. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost L. The Improvement Guide - A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers; 1996.
22. Palmberg K. Complex adaptive systems as metaphors for organizational management. *The Learning Organization*. 2009;16(6):483-98.
23. Glenngård AH. Dialog och preservationsmätning - mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård. Lund: KEFU - Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet; 2017.

24. Nelson EC, Batalden, P. B. Godfrey, M. M. Quality by Design. San Fransisco: Jossey-Bass; 2007.
25. Basmodell för uppföljning av primärvård. SKL (Sveriges Kommuner och Landsting); 2014.
26. Uppföljningsguiden: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018 [cited 2019 May 30]. Available from: <http://uppfoljningsguiden.se/uppfoljning-och-analys/uppfoljning-av-halso-och-sjukvard/>.

Bilaga 1. Dialogmanual för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården**Kollegial kvalitetsdialog i primärvården**

Samtal med verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare, enhetschefer, personer i ledningsgrupp etc.	Fördjupningsfrågor och förslag på datakällor
P1: Personal (Persons)	
Vilka arbetar här?	Andel specialister i allmänmedicin? Specialist-ssk: diabetes, astma/KOL, demens, äldre, prevention? Kartläggning av personalresurser - lokal sammanställning avseende tillgängliga kompetenser och "intellektuellt kapital"?
Hur är arbetsmiljön?	Ev. Samtal med skyddsombud och fackliga representanter
Hur mår medarbetarna - utveckling av sjukskrivningstal ?	
Hur upplever medarbetare verksamheten? Reflektioner kring medarbetarenkät?	T.ex. resultat från medarbetarenkät
Hur ser upplägget ut för fortbildning ? (Både professionsspecifikt och interprofessionellt)	Kompetensutvecklingsplaner för medarbetarna? Hur bedrivs internutbildning? Omfattning? Ansvar för internutbildning? Hur ser budget och fördelning ut för extern utbildning? Hur stimuleras fortbildning?
Hur ser utbildningsinsatser för studenter ut för olika yrken?	AT, ST, Uppdragsutbildning /praktikplatser ssk/dsk/usk/psykologer/läkarkandidater Andel handledarkompetenta specialistläkare? Avsatt tid för handledning?
Finns det några interprofessionella utbildningsmoment för studenter som praktiserar i verksamheten?	
Pågår någon forskning på vårdcentralen?	Antal disputerade medarbetare?
Interagerar ni med någon annan vårdcentral?	Personal, utbildning, forskning, utveckling?
Framtida utmaningar kring utbildning/fortbildning/arbetsmiljö?	Vakanser, förestående pensioneringar, nyrekrytering?
P2: Verksamhetens syfte – vision och motivation (Purpose)	
Hur ser verksamhetens egen verksamhetsidé och vision ut?	Finns det en given riktning för verksamheten? Hur "levande" är vision och idé hos medarbetarna?
Hur arbetar verksamheten med att motivera ? Hur skapas förändringskraft?	
P3: Patienter	
Hur ser patientgruppen ut? T.ex. ålder, kön, socioekonomiska faktorer, CNI, ACG?	Antal listade patienter Se befolkningsstatistik: www.kolada.se Se resultat i rapport om Hälsofrämjande hälso- och sjukvård - https://vardenisiffror.se/report/view?id=5a81aa6cd4475b35b0d75c0b
Titta på data i Nationell patientenkät – hur utvecklas resultaten ?	Se resultat på www.patientenkät.se
Planeras några åtgärder utifrån resultaten i Nationell patientenkät?	
Följer ni några patientrapporterade mått avseende medicinska resultat och/eller upplevelse av verksamheten? (PROM = Patient Reported Outcome Measures och/eller PREM = Patient Reported Experience Measures)	

Hur arbetar vårdcentralen med personcentrering ?	
Hur identifieras olika behov hos patienterna? T.ex. med segmenteringsmodell	

P4: Processer - utveckling, kvalitet och rutiner (Processes)

Organisation och ledning

Hur är verksamhetens arbete organiserat ?	"Task-shifting" Sjuksköterskemottagning med specialist-ssk? Planerad kallelse av patienter? Hur många patienter/månad? Risk för "borttappade" patienter? Stöd till sjuksköterkor i telefonrådgivningen, t.ex. frågetid? Bevakning av kollegors provsvar/rtg/remisser vid frånvaro?
Hur arbetar ni med eHälsa?	
Finns det ett ledningssystem och hur fungerar det?	Hur brukar rutinerna i ledningssystemet omsättas "i verkligheten" och inkluderas som del i arbetssättet?
Hur ser ledningsstrukturen ut kortfattat?	
Finns det en upplevelse av att verksamheten har mandat att utveckla VC?	T.ex. avseende centralisering/ decentralisering av ansvar Reflektioner kring uppdragsbeskrivning?
Hur utvecklas ekonomin för verksamheten? Några större förändringar i inkomster eller utgifter sedan föregående år?	Budgeteringsansvar? Positiv/negativ styrning?
Finns det särskilda utmaningar avseende mål och resurser?	
Är det något med era lokaler som behöver förbättras för patienterna? För personalen?	Hantering av sekretess, handikapptillgänglighet (ingång, reception m.m.)
Hur bedrivs miljöarbete? Potentiella vidareutvecklingsområden?	

Patientsäkerhet

Hur bedrivs arbete med patientsäkerhet?	Hur definieras patientsäkerhet? Kännedom om arbetet med Missade diagnoser? Se t.ex. www.skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket
Hur fungerar avvikelserapportering?	Återkoppling kring och lärande av avvikelser?
Rutiner för inkommande och utgående remisser?	
Rutiner vid frånvaro av personal?	
Tankar kring utveckling av antalet ärenden till patientnämnden? Lex Maria?	
Har patientsäkerhetskulturmätning genomförts?	Reflektioner kring resultatet?
Reflektioner kring senaste patientsäkerhetsberättelsen?	
Hur fungerar processen kring Standardiserat VårdFörlopp (SVF)?	
Finns några utmaningar vad gäller patientsäkerhet?	

Utveckling

Hur bevakas och omsätts ny kunskap och evidens i arbetssätten? (T.ex. riktlinjer och vårdprogram)	Hur kopplas ny kunskap till förändringar i verksamheten? Skillnader mellan olika professionsgrupper?
Hur sker lärande om verksamheten och arbetssätt?	
Hur arbetar verksamheten med förbättringsarbete?	Omfattning? Egna mätningar? Metoder, t.ex. PDSA-hjulet, förbättringstavla? Reflektioner kring viktiga kvalitetsaspekter i vården? Forum/arenor för att kommunicera/utvärdera/reflektera över

	förbättringsarbetet?
Hur är förbättringskunskapen hos medarbetarna?	Hur involveras medarbetarna? Hur återkopplas relevant data till medarbetare och patienter? Finns kompetens/intresse kring det?
Vilka förbättringsarbeten har genomförts och är pågående?	
Vilka förbättringsarbeten planeras? Identifierade förbättringsområden?	
Hur involveras patienter i förbättringsarbetet?	Verktygslåda för patientinvolvering: https://qrcstockholm.se/patientsamverkan/verktygslada Kännedom om Segmenteringsmodellen? För mer info, se: https://skl.se/download/18.1b0475971699a2c79582fca0/1553248340379/Beteenden+och+behov+hos+personer+i+kontakt+med+v%C3%A5rden.pdf
Finns det exempel på användning av PrimärvårdsKvalitet i kvalitetsarbetet?	

Titta på data gemensamt	
Vilka datakällor används för att följa verksamheten?	T.ex. läkemedelskommittén, kvalitetsregister, informationsläkare etc.
Hur är olika diagnosgrupper fördelade?	
Vilka diagnosgrupper står för flest besök ?	
Hur ser utvecklingen av resultat ut för era olika patientgrupper?	Kroniska sjukdomar? Samsjuklighet? Akuta infektionssjukdomar? Kan man se någon grupp som skulle behöva mer fokus?
Identifieras några skillnader i jämförelse med andra enheter ?	
Vilka förbättringsområden kan identifieras?	
Utmaningar och behov av stöd i det fortsatta kvalitetsarbetet?	
Konkret exempel	1. Välj ett område att titta närmare på (t.ex. stroke) 2. Vad tänker ni om det? 3. Vad skulle ni kunna ändra för att skapa en förändring? 4. Finns det något ni kan göra redan imorgon? 5. Vilka vinster finns det med att åstadkomma förändringen? (Ökad livskvalitet för patienten, arbetsglädje, bättre ekonomi och resurshållning, ökad kunskap)

Kontinuitet	
Hur ser kontinuiteten ut på mottagningen?	Resultat i PrimärvårdsKvalitet: För läkarbesök? Övrig personal? Patienter med kronisk sjukdom?
Hur stor andel av patienterna har fast läkare ?	
Hur många listade patienter har respektive läkare ?	Förekommer listning på andra professioner?
Hur jobbar man med kontinuitet?	T ex i relation till tillgänglighet?

Prevention och levnadsvanor	
Finns det en struktur för hur hälsosamtal erbjuds?	
Lokal organisation av livsstilsmottagningen/ preventionsarbetet? Ansvarig ssk? Läkare? Rutiner?	Annat arbete relaterat till prevention och levnadsvanor? Finns fokus på särskilda behovsgrupper?
Förbättringspotential i PrimärvårdsKvalitet gällande levnadsvanor?	Resultat i PrimärvårdsKvalitet
Används patientrapporterad data/mått avseende levnadsvanor?	Hur ser i så fall utvecklingen över tid ut?
Utmaningar i arbetet med förebyggande verksamhet?	Reflektioner kring t.ex. vaccination, screening, levnadsvanor

Samverkan	
Hur sker samverkan med andra aktörer och vårdgivare? T.ex. SIP, trygg och säker utskrivning vid	T.ex. Försäkringskassan, kommunal verksamhet (socialtjänst, hemtjänst, hemsjukvård), sjukhus/organspecialister?

sjukhusinläggning, kommunen Remisser	Finns gemensamma arbetsgrupper och vilka resultat ses i så fall?
Hur arbetar ni med individer med komplexa vårdbehov ?	Äldre? Psykiatrisk sjukdom? Resultat i PrimärvårdsKvalitet om SIP
Hur fungerar arbetet med sjukskrivning ?	Tillgång till rehabkoordinator?
Sker någon samverkan med civilsamhället , t.ex. PRO, kyrkan, Röda korset?	

P5: Mönster i verksamheten (Patterns)

Besöksmönster

Hur ser fördelningen mellan olika sorters besök ut?	Resultat för besöksstatistik?
Hur ser "äkt täckningsgrad" ut? (andel av listade patienter som besökt enheten senaste året)	
Hur många patienter är "mångsökare" (mer än 10 läkar- eller ssk-besök/år)?	Finns statistik på patienter som sökt många vårdinstanser (t.ex. primärvård, specialiserad öppenvård, akutvård, slutenvård)
Hur har antalet besök förändrats i jämförelse med föregående år?	
Hur förändras listningsstatistiken för på- och avlistning?	

Arbete och system för prioriteringar i verksamheten

Reflektioner kring arbete med den etiska plattformen i praktiken (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen)?	Läs mer om detta på: https://liu.se/artikel/den-etiska-plattformen-for-prioriteringar
Hur identifierar och hanterar enheten bortträngningseffekter ?	Resultat i PrimärvårdsKvalitets indikatorer om prioritering Finns det "onödiga" besök? Patienter som borde stå tillbaka?
Hur synliggörs vårdbehov hos patienter med nedsatt autonomi?	Finns det patienter som man skulle vilja träffa men som man inte träffar?
Hur är hemsjukvård och vård för patienter på sjukhem organiserad ?	
Görs planerade hembesök/återbesök av läkare med strukturerad läkemedelsuppföljning minst 1 gång per år	
Hur fungerar rutiner för tolksamtal?	
Ger befolkning- och diagnosstatistiken anledning att omprioritera i verksamheten och dess utformning?	Se t.ex. www.kolada.se Se besöksstatistik
Rutiner vid brist på personal/resurser ?	

Tillgänglighet

Öppettider/Mottagningstider/Telefontider?	
Tillgänglighet för akuta, utredningspatienter/halvakuta och kroniskt sjuka?	
Tillämpas någon form av kallelsesystem för patienter med kronisk sjukdom?	
Telefontillgänglighet?	Resultat från statistik från telefonsystemet: Antal samtal? Svarstider? Vilka frågor kommer in? Skulle de kunna hanteras på annat sätt?
Vilka utmaningar finns vad gäller tillgänglighet?	Förbättringar avseende tillgänglighet? Behöver något annat i så fall prioriteras ned? Vad?

Bilaga 2. Fördjupningsdel Levnadsvanor

Fördjupningsdel Levnadsvanor
I vilken utsträckning förekommer ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen nära VC? Hos den listade befolkningen?
Hur ser strukturen ut för ert arbete med levnadsvanor (prevention och rådgivning vid ohälsosamma levnadsvanor)? Roller och ansvarsområden? Identifiering av patienter?
Finns det en utsedd person på vårdcentralen t.ex. hälsokoordinator, som har ett tydligt uppdrag med mandat?
Hur prioriteras arbetet med ohälsosamma levnadsvanor i er verksamhet? Styrkor och förbättringsområden?
Hur skulle ni vilja att arbetet med levnadsvanor ska bedrivas?
Vilka möjligheter och hinder finns för att stärka och förbättra arbetet med levnadsvanor?
Hur arbetar ni för att öka kännedom om evidens och nationella riktlinjer för levnadsvanor hos medarbetare? Hos patienter? Används kunskapsstöd?
Hur säkerställs medarbetarnas vidare- och fortbildning kring levnadsvanor?
Vilka resultat följer ni kring arbetet med levnadsvanor? Hur ser resultaten ut? Hur återkopplas resultaten till medarbetarna? Förekommer forum för dialog kring resultaten?
Vilka är era huvudsakliga förbättringsområden i arbetet med levnadsvanor?
Sammanfattning och inbokning av nästa uppföljning
Frågorna är hämtade från skriften <i>Ohälsosamma levnadsvanor – framgångsfaktorer för prevention och behandling</i>, som SKL gav ut maj 2018. Läs mer på: https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-684-1.pdf?issuusl=ignore

Bilaga 3. Direktiv till arbetsgrupp (efter beslut i SLS Nämnd 2016-12-13)

Utveckling av Professionell granskning och Klinisk revision

Bakgrund

Svenska läkaresällskapet (SLS) arbetsgrupp En Värdefull Vård (EVV) föreslog i rapporten "En Värdefull Vård – En hälso- och sjukvård med människan i centrum" bland annat ett ökat professionellt ansvar för kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården. Remissvaren gav stöd för detta förslag. På SLS fullmäktige 2016-05-09 bifölls en motion som yrkade på att SLS förverkligar ambitionen som uttryckts i EVV:s rapport. Ur motionen: *...Jag yrkar därför på att fullmäktige ger nämnden i uppdrag att fortsätta och utveckla detta arbete. Arbetet bör bedrivas i samarbete med bland annat Svensk Sjuksköterskeförening. Åtterrapportering bör ske årligen till fullmäktige. En realistisk tidsram bör vara att utveckla en modell under ett år, bedriva och utvärdera småskalig pilotverksamhet under ett år och sedan bygga upp en nationell organisation enligt "Inhouse benchmarking-modell" som återför kvalitetsutvecklingen till professionen och minskar behovet av extern granskning, styrning och kvalitetsutvärdering som samhället annars kommer se sig nött till att implementera.*

SLS Nämnd beslutade 2016-10-11 att utarbeta direktiv samt tillsätta en arbetsgrupp i enighet med fullmäktiges beslut.

Uppdrag

SLS Nämnd uppdrar åt "Arbetsgruppen för professionell granskning och klinisk revision" att från och med 2017-02-01 arbeta under fem år för att utforma modeller för professionell granskning respektive klinisk revision som

- under första året i pilotform färdigställs
- under andra året testkörs och utvärderas och
- under år tre till fem implementeras i full skala.

Ramar för modellerna

Modellerna för professionell granskning och klinisk revision ska

- fungera i öppen liksom sluten vård oavsett driftsform
- vara självfinansierade av verksamheterna
- tillgodose professionernas krav på intern kvalitetsutveckling
- tillgodose huvudmannens behov av att kunna uppvisa effektivt kvalitetsarbete
- ge patienter, anhöriga och skattebetalare underlag för att kunna ställa krav på och välja vårdgivare
- utgöra det självklara medlet för varje medicinsk verksamhet och vårdverksamhet som har ambitionen att uppnå högsta möjliga kvalitet och effektivitet för patienter och samhället.

Kvalitetsutvecklingsmodellernas framgång är till stor del avhängig av att de tjänar verksamheterna väl utifrån professionella utgångspunkter. Därför är det nödvändigt att en stor del av den faktiska utformningen sker i verksamheterna i dialog med professionsföreträdare, som i praktiken utgörs av SLS sektioner och av dessa bildade samverkansgrupper med relevanta intressen representerade.

Huvudmän för de färdigutvecklade modellerna bör också vara professionella organisationer, i första hand SLS sektioner och vid behov i samarbete med andra. SLS (och i förekommande fall Svensk Sjuksköterskeförening) ska i kraft av professionens obundna vetenskapliga organisation vara den yttersta garanten för modellernas ändamålsenlighet.

Sammansättning

Arbetsgruppen ska bestå av en ordförande och fem–nio ledamöter. Minst en ledamot ska vara representant från Svensk Sjuksköterskeförening och övriga vara personer med särskilt god kompetens inom området.

Ordföranden tar fram förslag på vilka personer som ska ingå i arbetsgruppen. Gruppens sammansättning fastslås slutgiltigt av SLS Nämnd.

Genomförande

Arbetsgruppen ska vid behov sammanträffa fysiskt men så långt det är möjligt kommunicera via telefonmöten, Skype och e-post. Det står arbetsgruppen fritt att delta i och anordna möten, hearingar och konferenser som ligger inom ramen för uppdraget. Arbetet ska i övrigt

- bedrivas i nära samverkan med SLS sektioner (under pilotfasen ett fåtal) och lokala verksamhetsledning.
- utgå från relevant kunskap och forskning samt förhålla sig till aktuella skeenden i omvärlden av politisk liksom kommersiell karaktär och
- särskilt förhålla sig till nationella och internationella goda förebilder och exempel samt konkurrerande initiativ som drivs av myndigheter och privata aktörer såsom Värdebaserad vård, ICHOM med flera.

Rapportering av uppdraget

Arbetsgruppen ska rapportera årligen till SLS fullmäktige och regelbundet till SLS Nämnd.

Budget och kansliresurs

Arbetsgruppen disponerar en budget om 100 tkr årligen för möten, resor och enklare utredningsarbeten. SLS kansli kan vid behov bistå med projektledare som tillsammans med ordförande ansvarar för projektets genomförande.

I bilagan följer något redigerade utdrag ur EVV:s sammanfattning för att kort beskriva professionell granskning respektive klinisk revision i ursprunglig version. För närmare beskrivning se kapitel åtta i EVV:s rapport. Arbetsgruppen kan säkert finna det nödvändigt att justera de ursprungliga förslagen och bör då motivera sina ställningstagande.

Bilaga 4. Utdrag ur En värdefull vård

PROFESSIONELL GRANSKNING

Enheter som handlägger likadana tillstånd ska inom systemet för professionell granskning regelbundet jämföra sina resultat för att lära av de bästa och stödja de sämsta. Klinikledningarna inom respektive specialitet, eller vårdcentralsledningarna, kommer överens om vilka data de vill jämföra vid respektive tillfälle. Jämförelsedata bör väljas utifrån professionella överväganden, och kan lämpligen innefatta relevanta delar av kvalitetsregister men även arbetsformer, medicinsk kvalitet, behovstillfredsställelse och omvårdnadsaspekter. Väntetider, tillgänglighet och resursåtgång bör också ingå. Därtill är forskning och utbildningsaktiviteter relevanta att jämföra.

Varje professionell granskning ska föregås av ett arbete där det aktuella kunskapsläget sammanställs för det granskade området. Rapporter från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

(SBU), aktuella internationella kunskapssammanställningar eller av professionernas egna vetenskapliga sammanslutningar producerade sammanställningar kan tjäna som underlag.

Det interna kvalitetsarbetet bör utgå från den professionella granskningen. Genom att kliniker jämförs kan goda exempel spridas. Genom kollegialt samarbete och visst inslag av tävlan kan incitament för förbättringar skapas. Den professionella granskningens resultat ska redovisas öppet för att skapa legitimitet. Det är emellertid viktigt att anlägga ett pedagogiskt perspektiv i detta arbete, då kvalitetsparametrar tagna ur sina sammanhang knappast är meningsfulla att redovisa. Professionernas ansvar att ge patienter, medborgare och samhället relevant information är ytterst en förtroendefråga som om den missköts kommer resultera i minskad tillit och krav på extern kvalitetskontroll. Som obunden organisation är Svenska Läkarsällskapet en lämplig instans för att ta det övergripande ansvaret för denna verksamhet. Samarbete med andra professioners vetenskapliga sammanslutningar kan vara lämpligt. Det samordnade arbetet för respektive specialitet bör bedrivas i SLS sektioner och i de fall flera sektioner är involverade bör samarbeten etableras.

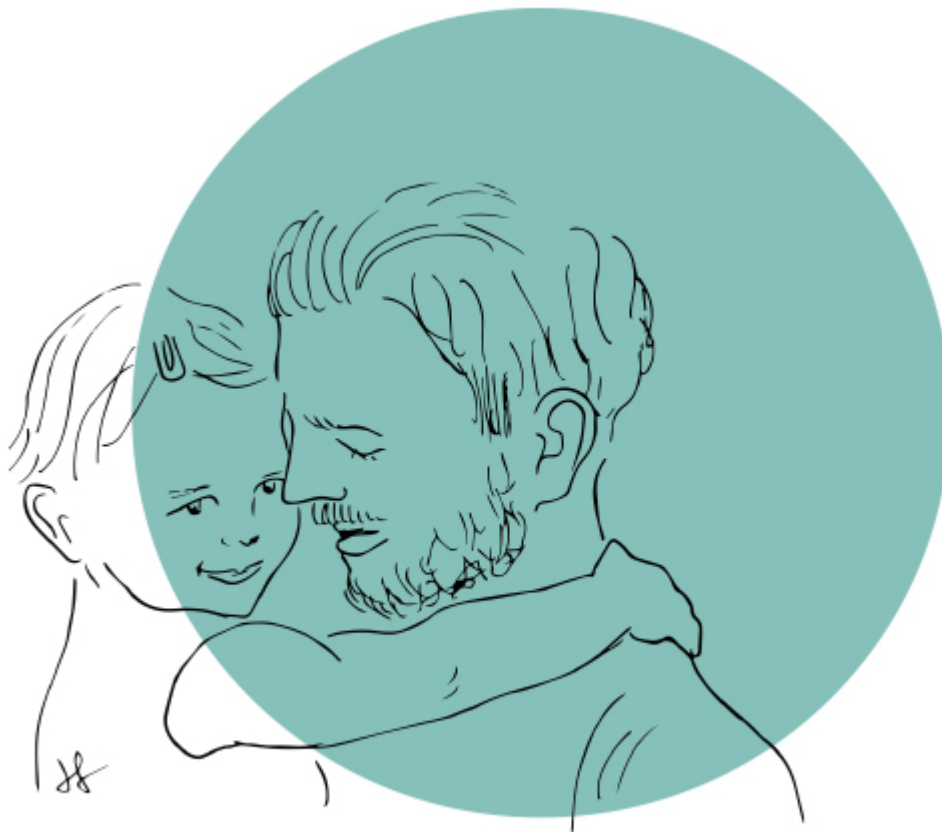
KLINISK REVISION

Vi föreslår också att ett system av klinisk revision skapas där professionella grupper regelbundet granskar verksamheter på plats runt om i landet. Denna granskning ska vara så vass att utomstående inte behöver oroa sig för att hälso- och sjukvården inte skulle vara av god kvalitet. Den ska också vara transparent och involvera ett stort mått av patient-, anhörig- och medborgarinflytande.

Syftet och inriktningen med revisionen ska vara att stimulera utveckling och kvalitetsförbättringar. Vid en revision ska positiva delar lyftas fram och förbättringsområden identifieras. Revisionen kan stimulera och ge tips om lämpliga mätningar av medicinska resultat. På sikt kommer en värdefull erfarenhetsbank skapas. En revision kan också utgöra ett tillfälle för spridning av goda idéer. Resultat av medicinska revisioner ska inte kopplas till ekonomiska incitament. Granskningarna bör ske årligen och uppmärksamma verksamhetens följsamhet till evidens och andra normerande faktorer samt resultat i kvalitetsregister. Granskningarna ska eftersträva "rättssäkerhet", konsekvens och jämlikhet över landet. De ska dock inte enbart vara inriktade på att jämföra medicinska resultat utan även omfatta efterlevnad av etiska principer och professionella värden. Även forskning, utbildning och fortbildning liksom prevention ska inkluderas i utvärderingarna. Journalgenomgångar, patientintervjuer och intervjuer med personal kan också ingå.

Den övergripande målsättningen bör vara att utveckla kvaliteten samt eftersträva jämlik hälso- och sjukvård över landet. Granskningen bör också tjäna ett legitimerande syfte och ligga till grund för förbättringsarbete. De ansvariga grupperna ska utses av professionerna och inte vara större än ett halvt dussin personer.

Grupperna bör bestå av kollegor med stor erfarenhet även inom forskning och utbildning, men också inkludera minst en yngre kollega som själv är under utbildning inom det aktuella området. Möjlighet att bedöma teamarbetsaspekter ska också finnas. Professionernas vetenskapliga organisationer (Svenska Läkaresällskapet och Svensk Sjuksköterskeförening) bör ha det övergripande ansvaret för verksamheten.





Svenska
Läkaresällskapet

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10, Box 738, 101 35 Stockholm
TELEFON 08-440 88 60 **E-POST** sls@sls.se **WEBB** www.sls.se

Bilaga 4

Bilaga 4. Zar N, Hallman L.

Revision av kirurgkliniken, Västmanlands sjukhus,
Västerås. Rapport. Svenska Läkaresällskapet 2019

Medicinsk revision

Kolorektalsektionen, Västmanlands sjukhus, Västerås

Sammanfattning

Kolorektalsektionen i Västerås har under många år varit en av de mest drivande enheterna i vårt land på länskliniknivå vad gäller utveckling av kolorektal kirurgi. I det svenska sjukvårdssystemet är det framför allt universitetssjukhus som har förutsättningar att prioritera medicinsk kvalitet, vidareutbildning, rekrytering och forskning utan kompromisser däremellan. På kolorektalsektionen i Västerås arbetar man likväl efter dessa premisser men utan att ha universitetssjukhusets styrkor att luta sig mot. Kirurgisk volym, samsyn kring medicinsk kvalitet, tydligt ledarskap och strukturerad verksamhet med fokus på hela vårdkedjan är några av de framgångsfaktorer som identifierats för den kolorektalkirurgiska verksamheten i Västmanland.

Bakgrund och syfte

Föreliggande medicinska revision utfördes på uppdrag av Svenska Läkaresällskapet (SLS) och skedde enligt överenskommelse mellan SLS och Kirurgkliniken på Västmanlands sjukhus, Västerås (bilaga 1). Enheten som reviderades var Kolorektalsektionen på Västmanlands sjukhus, Västerås. Fokus för revisionen var den kolorektalcancervård som bedrivs inom sektionens ramar. Revisionen hade målsättningen att göra en grundlig genomlysning av verksamheten och identifiera framgångsfaktorer, möjliga förbättringsområden och eventuella hot mot verksamheten. Revisionen utfördes på plats i Västerås 2019-12-02 av överläkare Niklas Zar och överläkare Lina Hellman. Niklas Zar är ackrediterad kolorektalkirurg med över 25 års erfarenhet av kirurgi. Till vardags är han läkarchef för kirurgkliniken på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Niklas är ordförande för Svensk Kolorektalkirurgisk förening och medlem i Svenska Kolorektalcancerregistrets styrgrupp. Lina Hellman är kolorektalkirurg på Länssjukhuset Ryhov där hon även verkar som sektionschef för kolorektalkirurgin i Region Jönköpings län.

För att rättvist kunna utföra en medicinsk revision måste enheten som granskas betraktas i ett aktuellt politiskt och strukturellt sammanhang. Svensk kirurgi har senaste decenniet präglats av dragkampen mellan viljan att samla volym för ökad kompetens kvalitet och tillgången till akutkirurgisk expertis dygnet runt. Det ställs tydliga krav på att den vård som erbjuds ska hålla lika hög medicinsk kvalitet i hela landet, vara transparent och patientnära. Man ska leverera snabba ledtider genom multiprofessionella och multidisciplinära vårdkedjor som ska innefatta utredning, prehabilitering, behandling, rehabilitering och långtidsuppföljning. Dessutom ska vårdenheterna tillhandahålla en "attraktiv arbetsplats"; vilket för kirurger betyder att man ska få göra intressanta och utmanande operationer! Kolorektalcancervård utgör en betydande andel av den kirurgiska sjukvården.

Förutom att anpassa sig efter ovan beskrivna förväntningar innebär nya behandlingsmöjligheter att kolorektalcancervården blir allt mer komplex, vilket ställer allt högre krav på verksamheterna.

Metod

Ramar och upplägg

Revisionen utfördes under perioden december 2019-maj 2020. Inför revisionsbesöket fick sektionschef och teamsköterska svara på övergripande frågor via mail kring verksamheten med avseende på lokaler, personal, volymer och rutiner. Man erhöll en lista på de nyckelpersoner som revisorerna önskade intervjua under sitt besök; sektionschef, överläkare, specialistläkare, operationsplanerare, kontaktsköterska, forskningsköterska samt GI-ansvarig onkolog. Det fysiska revisionsbesöket och intervjuer med sektionsmedlemmar utfördes på Västmanlands länssjukhus måndagen den 2 december 2020 kl. 0900–1700. Revisorerna fick tillgång till ett eget rum där intervjuerna genomfördes med intervjuobjekten enskilt. Information om syftet med revisionen och intervjun gavs muntligt till var och en av de intervjuade. Kompletterande information inhämtades sedan via telefon- och mailkontakter med företräddelsevis sektionschef och teamsköterska. Kartläggningen av den granskade verksamheten baserades på mikrosystemsmodellen 5P (Nelson et al., 2007). Resultaten från kartläggningen utvärderades genom påverkansanalys.

Använda källor

Information rörande aktuella och historiska volymer och medicinska resultat inhämtades från Svenska Kolorektalcancerregistret/INCA, Vården i siffror, Regionala Cancercentrum (RCC) och Statistiska centralbyrån (SCB).

Återföring

Sektionschefen i Västerås förevisades den färdiga rapporten innan den lämnades in till Svenska Läkaresällskapet. Det planeras ett autoreferat av rapporten i Läkartidningen.

Kolorektalcancerkirurgi i Sverige

Vårdnivå och volym

Kolorektal cancerkirurgi i Sverige utförs på universitets (region)-, läns- och länsdelssjukhus. Sverige har dryga tjugo länssjukhus, ett fyrtiotal länsdelssjukhus samt 7 universitetssjukhus. Det finns inga exakta uppdragsbeskrivningar för de olika nivåerna utan regionerna avgör själva hur de organiserar vården. Oftast innebär länsdelssjukhus att man har ett begränsat uppdrag och inte utför all specialiserad vård medan ett länssjukhus har kompetens och resurser som täcker de flesta sjukdomsområden. Universitetssjukhuset ska kunna hantera även mer sällsynta och komplicerade sjukdomstillstånd. Det finns heller inte någon exakt definition av vad som menas med hög- eller lågvolymsenhet för kirurgiska ingrepp trots att dessa begrepp används flitigt i debatten kring nivåstrukturering.

Ett högvolymssjukhus i Sverige vad gäller kolorektalcancer kan mycket väl motsvara ett lågvolymssjukhus i andra europeiska länder. Kirurgin för kolorektalcancer har nivåstrukturerats både hårt och inte alls de senaste åren. Rektalcancerkirurgin har i huvudsak samlats till läns- och universitetssjukhus på ett 30-tal enheter från att ha gjorts på de flesta sjukhus i Sverige. Rektalcancer opereras idag i princip uteslutande av kolorektalt subspecialiserade kirurger. Volymerna varierar mellan enheterna från 15 - 150 fall årligen. Koloncancer opereras på universitets-, läns- och länsdelssjukhus på ett 50-tal enheter, och inte alltid av kolorektalkirurger. Här varierar volymerna från 20 fall för de enheter som gör minst till omkring 200 för högvolymsenheterna.

Utvärdering av medicinsk kvalitet

I Svenska Kolorektalcancerregistret skattas medicinsk kvalitet i process- och effektmått. (Se tabell). Det nationella registret har funnits sedan 1995 för ändtarmscancer och 2007 för tjocktarmscancer. Täckningsgraden för registret är mycket god. Överlevnaden vid kolorektalcancer har förbättrats de senaste decennierna, troligen tack vare förbättrad kirurgisk teknik och onkologiska behandlingsalternativ. I mitten 70-talet var 5-årsöverlevnaden för rektalcancer 30 % medan den idag är 70 %.

Effektmått	Processmått
• Radikalt opererad enligt kirurg och patolog • 30 dagars mortalitet, akut opererad • 30 dagars mortalitet, elektivt opererad • Relativ 3-årsöverlevnad, akut opererad • Relativ 3-årsöverlevnad, elektivt opererad • Lokalrecidiv inom 3 år • Peroperativ tarmperforation • Cirkumferentiell marginal (CRM) andel > 1,0 mm	• Väntetid från diagnos till behandlingstid, andel inom 4 veckor • Väntetid från operation till PAD-svar, andel inom 2 veckor • Väntetid från operation till start av adjuvant behandling, andel inom 8 veckor • Täckningsgrad, anmälan • Kompletta staging • Preterapeutisk MDK • Ackrediterad kolorektalkirurg och/eller specialist med kolorektal inriktning • Antal undersökta körtlar > 12 • Postoperativ MDK • Remitterad till onkologiklinik • Inkluderad i studier • Täckningsgrad 3- och 5-årsuppföljning

Kolorektalkirurgi i Region Västmanland

Historik

År 1996 fattades ett politiskt beslut att flytta all kirurgisk verksamhet från de tre länsdelssjukhusen i Sala, Köping och Fagersta till länssjukhuset Västerås med start redan januari påföljande år. Bakgrunden till beslutet var en förhoppning att koncentrationen skulle innebära en kostnadsbesparing för landstinget. För kolorektalkirurgin i Västerås innebar det starten på ett intensivt arbete med att (utan extra resurser) hantera det ökade flödet av patienter. Kolorektalkirurgen Kenneth Smedh rekryterades till sektionschef och fick mandat från dåvarande klinikchef att bygga upp sektionens arbete. Man tog inte bara över all tarmkirurgi i länet utan man tog även hem en del kirurgi som tidigare utförts på universitetskliniken i Uppsala. Handlingsplaner upprättades där fokus låg på medicinsk kvalitet genom hela vårdkedjan. Många av de koncept som idag är en självklarhet på en kolorektalsektion, så som prehabilitering/optimering vid kirurgi (ERAS), kontaktsköterskor, subspecialiserade avdelningar, stomiterapeuter och multidisciplinära teamkonferenser identifierades, infördes och utvärderades i tidigt skede på den nybildade sektionen. Stor vikt lades på kirurgisk kvalitet vilket man strävade efter genom att hålla de utökade volymerna av ingrepp på få operatörer med samsyn och struktur på hur ingreppen skulle utföras. Man bestämde sig även tidigt för att satsa på klinisk forskning. Sektionen tilldelades utmärkelsen "Guldskalpellen" år 2010 för sitt arbete och sina goda resultat.

Uppdrag och vårdutbud

Kolorektalsektionen på Västmanlands länssjukhus ansvarar för utredning, behandling och uppföljning av benigna och maligna kolorektalkirurgiska åkommor med hela regionen som upptagningsområde. Region Västmanland är indelat i tio kommuner och har sammanlagt omkring 271 000 invånare på en yta om dryga 5100 kvadratkilometer. Hälften av regionens invånare är bosatta i Västerås kommun. Länssjukhuset är lokaliserat i Västerås som även är regionens residensstad med 117 700 invånare. Kolorektalsektionen är en del av den länsövergripande kirurgikliniken med ansvar för sjukdomar i bukhållans organ, bröst och plastikkirurgi, endokrinkirurgi och barnkirurgi. Kolorektalsektionens cancerverksamhet omfattar omkring 150 kolon- och 55 rektalcancerpatienter årligen.

Sektionens struktur

Avdelningen för kolorektal kirurgi innehar 18 vårdplatser. Grundbemanningen är sex patienter per sjuksköterska men det kan ibland vara fler på grund av överbeläggning. På operation har man tillgång till tre heldagssalar per vecka för laparoskopisk eller öppen kirurgi och ytterligare en heldag per vecka för robotassisterad kirurgi. Kliniken har tillgång till en akutoperationssal per dag. Akuta kolorektala ingrepp utförs oftast av kolorektalkirurger oavsett tid på dygnet och som på många andra sjukhus i Sverige tillämpas så kallad scoutjoursverksamhet (inringd på ledig tid) när så krävs. På endoskopienheten gör kirurgerna omkring 600 koloskopier årligen där man framförallt utreder misstänkt cancer och tar bort potentiellt neoplastiska polyper.

På mottagningen arbetar sex kontaktsköterskor som vardera jobbar 20 % och ansvarar för patienterna med kolorektalcancer. Man har 1,5 stomiterapeut i tjänst. Det är ett mycket rutinerat sjukskötersketeam som bemannar både mottagning och avdelning, där merparten jobbat över 10 år med kolorektalkirurgi. Det arbetar fem överläkare och fyra specialister på sektionen. En överläkare arbetar kliniskt på heltid och fyra arbetar kliniskt mellan 20 - 80%. Övrig tid sköter man uppdrag inom forskning, utbildning, chefstjänster och/eller processarbete. Två av de fyra specialisterna är seniora kirurger och två är nyblivna specialister. Sektionen leds av en sektionschef som ansvarar för kirurgernas detaljschema, utbildning och utveckling men som inte är lönesättande. Tjänsten är på 30 % och som sektionschef är man en del av kirurgklinikens ledningsgrupp. En stor del av arbetet som sektionschef utgörs av att planera och övervaka sektionens interna logistik för mottagning, endoskopi och operation. Man har ingen dedikerad avdelningsläkare utan ronderna på avdelning roterar mellan teamets kirurger. Man är engagerad i fyra multidisciplinära konferenser för cancerpatienter varje vecka: neuroendokrina tumörer, levermetastaserad cancer, lungmetastaserad cancer och primär kolorektalcancer.

Operationsplanering och koordinering av konferenser görs av sektionens operationsplanerare som är sjuksköterska på kirurgmottagningen. I övrigt har man en mottagningsbunden sjuksköterska som bokar cancerbesök och rektoskopier samt två sjuksköterskor som enbart bokar koloskopier.

Kontaktsköterskeverksamheten startades redan 2001. Som kontaktsköterska är man med i patienternas hela vårdförlopp. Sedan 5 år tillbaka har teamet en egen heltidsanställd forskningsköterska. För att få tjänsten krävs Vetenskapsmetodik 7,5 p samt 15 p Klinisk forskning i praktiken. Lönen betalas till 70 % av forskningsanslag och 30 % av kliniken. Man upplever att den tjänsten skulle behöva utökas till 1,5 tjänst med den forskningskvantitet som bedrivs inom teamet idag.

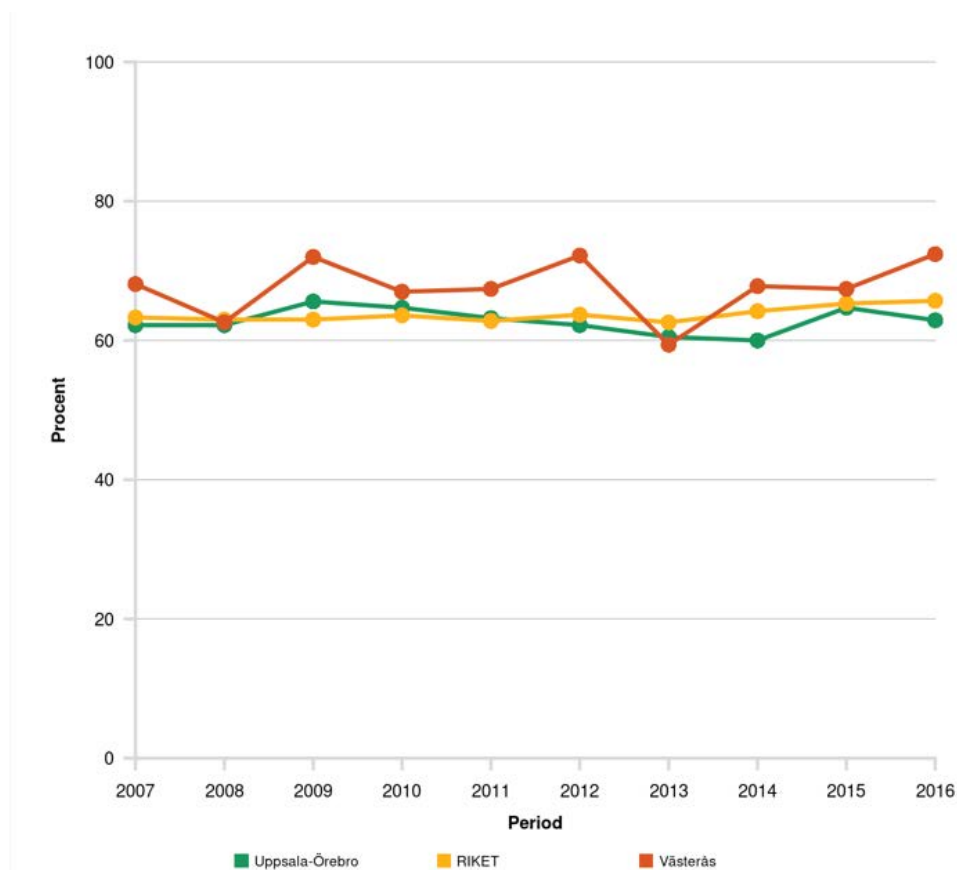
Det finns 1,5 patolog och 5 radiologer med inriktning på kolorektala sjukdomar. Patologen och radiologen deltar alltid på den multidisciplinära konferensen. Onkologen har tre GI-inriktade överläkare och en specialist, vilket man uppfattar som adekvat antal och man har heller inte svårt med nyrekrytering.

Kolorektalcancerprocessen

Vårdkedjan för kolorektalcancerpatienten är väl definierad. Vid diagnostillfället (som oftast är en koloskopi) är kontaktsköterskan närvarande och ger patienten information om kommande planering. Kontaktsköterskan skriver remiss för rutinprovtagning, EKG, screenar för eventuell malnutrition och vid behov säkerställs dietistkontakt. Tillsammans med patienten upprättas ett patientkontrakt; "Min vårdplan" i pappersform (arbete pågår för att lägga in den digitalt via "1177"). Ett par dagar efter diagnosbesked ringer kontaktsköterskan upp patienten och stämmer av. När patienten fått sina tider till röntgen bokar kontaktsköterskan multidisciplinär konferens, MDK. Kontaktsköterska är alltid närvarande vid läkarbesök. En gång in veckan har kontaktsköterskorna ett gemensamt lunchmöte där man går igenom alla patienter som för tillfället är aktuella på teamet och säkerställer att ingen patient missats och att vårdförloppen flyter på som de ska. På den multidisciplinära konferensen kring kolorektalcancerpatienter som hålls en gång i veckan deltar kolorektalkirurger, onkologer, patolog, radiolog samt kontaktsköterskor från onkologen och kirurgen. Konferensen upplevs mycket välfungerande med tydlig struktur och bra diskussionsklimat. För att säkerställa att nödvändig information finns tillgänglig för att kunna fatta välgrundade konferensbeslut finns en särskild mall för anmälan till MDK. På samma sätt används en standardiserad diktatmall för dokumentation av konferensbesluten. Omkring 20 patienter brukar diskuteras på varje MDK. På MDK identifieras vilka patienter som kan vara aktuella för inklusion i pågående studier. Patienten får sedan information om de aktuella studierna vid sitt återbesök och man har ett särskilt inklusionsbesök med forskningssköterska för de patienter som accepterat studiedeltagande. Man har arbetat med pre- och perioperativ optimering (ERAS-koncept) sedan slutet av nittioalet och konceptet upplevs nu som rutinsjukvård. Vårdpersonalen på avdelningen är rutinerad och bemanningen har varit mycket stabil sedan omorganiseringen av kirurgin i regionen på nittioalet. Redan då lades mycket energi på att skapa tydliga rutiner och vidareutbilda vårdpersonalen för att kunna ge så bra omvårdnad till kolorektalpatienterna som möjligt. Som exempel genomförde man ett förbättringsprojekt för att optimera omhändertagandet av den nyopererade patienten. Man friställde då en sjuksköterska på avdelningen att enbart ta hand om denna patientgrupp för att öka kunskapen och medvetenheten om den nyopererade patientens behov och tidigt kunna identifiera eventuella postoperative komplikationer. Uppföljning efter operation och utskrivning från sjukhuset sker i form av återbesök till operatör (patientansvarig läkare) efter att patientens patologianalys avhandlats på MDK och man fattat beslut om eventuell adjuvant behandling. Då beslutas också vilken uppföljningsregim patienten bör ha och vem som håller i den. I huvudsak är det kontaktsköterskorna på kirurgen som ansvarar för uppföljning av koloncancer medan kolorektalkirurgerna ansvarar för rektalcancerpatienterna. Den första kontrollen är ett telefonsamtal efter 6 månader följt av röntgen efter 1 och 3 år. Röntgenremisser skrivs av kontaktsköterska som även meddelar patienten svaret om inget avvikande fynd görs.

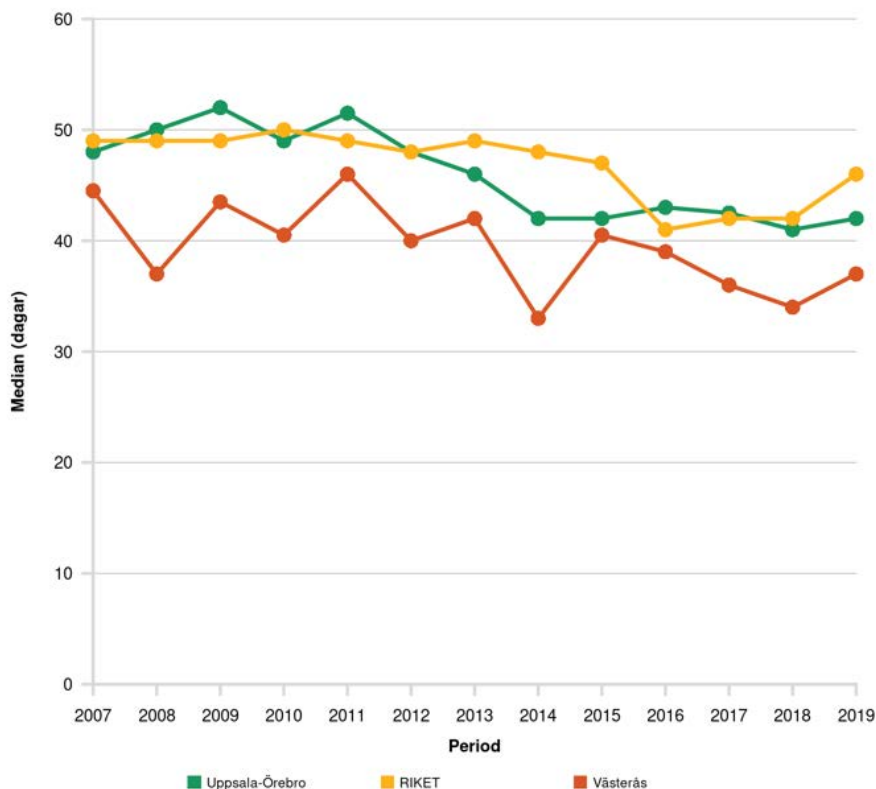
Resultat

Kolorektalsektionen i Västerås har ända sedan man bildades i slutet av nittiotalet presenterat kirurgiska resultat för kolorektalcancer som ligger över riksgenomsnittet. Det gäller majoriteten av effektmått så som 3-årsöverlevnad, postoperativ mortalitet, radikalitet vid operation och lokalrecidiv. Resultaten står sig för både kolon- och rektalcancer.



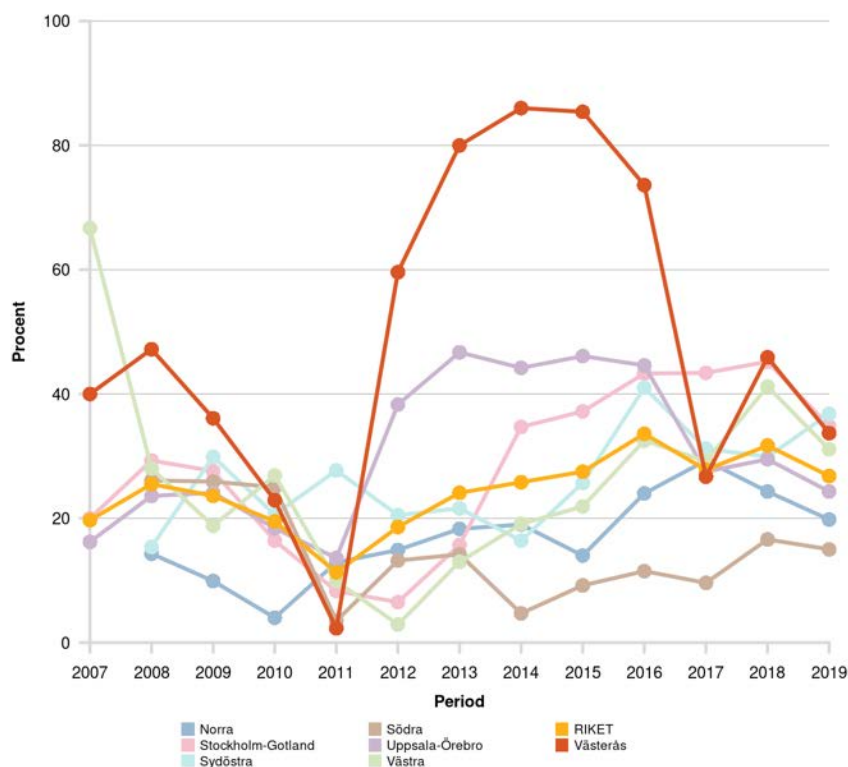
Observerad 3-årsöverlevnad koloncancer.

Även processmåttén håller hög standard. Vad gäller vårdtiderna ligger man som riksgenomsnittet för både laparoskopiskt och öppet opererade patienter. Ledtiden från diagnosdatum till behandling är kortare än riksgenomsnittet för både kolon- och rektumcancerpatienter.



Ledtid median dagar diagnosdatum-behandlingsstart koloncancer.

Sektionens medlemmar har på 10 år publicerat mer än 40 artiklar i vetenskapliga tidskrifter. Av sektionens överläkare är en professor, två docenter och resterande är disputerade. En av specialisterna är disputerad, och övriga är doktorander. Sektionens forskningsintresse återspeglas även i att en hög andel av patienterna erbjuds deltagande i studier. De senaste åren har två stora nationella multicenterstudier initierats och drivits av sektionen (AVOD, HAPIrect).



Deltagande i kliniska studier; koloncancer

Återkoppling av resultat

Sektionen har sedan lång tid ett flertal interna register (rektalcancer, koloncancer, reoperationer, robotoperationer etc.) där man registrerar sina resultat utöver det Svenska Kolorektalcancerregistret. Data till respektive register matas in av sektionens kirurger och forskningssköterskan har ansvar för att registren hålls uppdaterade och kompletta. Resultaten från de interna registren och övrig pågående forskning och verksamhet återkopplas till sektionsmedlemmarna en gång per kvartal på sektionsmöten. Man pratar då även om vad som fungerar bra eller mindre bra i allmänhet. Sektionsmötena har hittills hållits utanför arbetstid hemma hos varandra och närvaron har varit god. Sektionen träffas vidare varje måndagsmorgon och går igenom veckans schema, operationer och inläggande patienter tillsammans. Man träffas vidare varje onsdag lunch för att diskutera patienter med särskild riskprofil (multisjuka, > 85 år) som planeras för operation och varje fredag träffas hela kliniken på lunchmöte där man bland annat diskuterar patientfall och presenterar resultat. För att underlätta kommunikation och delaktighet inom sektionen informerar sektionschefen varje vecka övriga kollegor via mail om aktuella frågor som diskuteras på kirurgklinikens ledningsgrupp eller i andra ledningssammanhang.

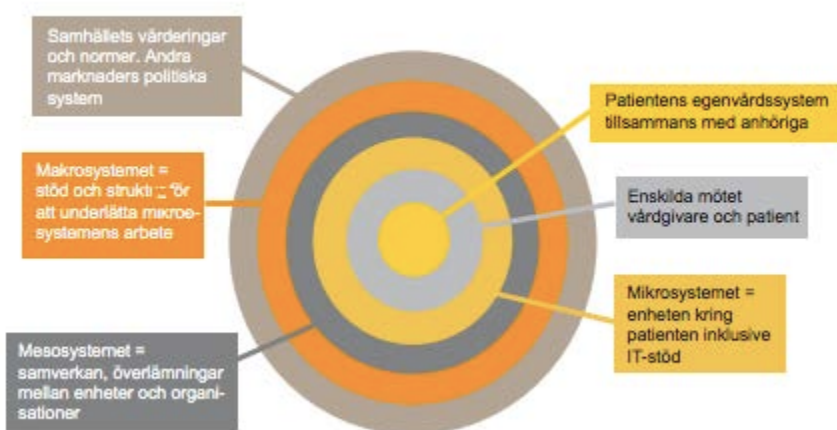
Resultat återkopplas även utanför sektionen; två gånger per år har man Regiondagar med Uppsala där både onkologer och kirurger deltar och man även ett särskilt lokalt MDK-möte där alla inblandade discipliner deltar två gånger årligen. Kliniken har en forskningsgrupp med möten (utanför arbetstid) varje månad där man presenterar nya och pågående forskningsprojekt och utför artikelgranskning.

Utvecklings- och förbättringsarbete inom sektionen drivs helt och hållet av sektionsmedlemmarna och man har inte upplevt behov av att tillsätta en verksamhetsutvecklare eller dylika funktioner,

Bedömning och analys

Inom förbättringsvetenskap refereras det gärna till så kallade mikrosystem. Grunden i mikrosystemsteori är att det alltid är patient-gruppens behov som är i centrum och att man för att förstå behovet av förbättring först måste förstå mikrosystemets behov. I ett mikrosystem har man gemensamma mål, gemensamma resultat och gemensam informationsstruktur. (Nelson et al., 2007)

På kolorektalsektionen i Västerås har man ända sedan sektionen grundades 1996 intuitivt arbetat enligt mikrosystemsteoretiska principer.

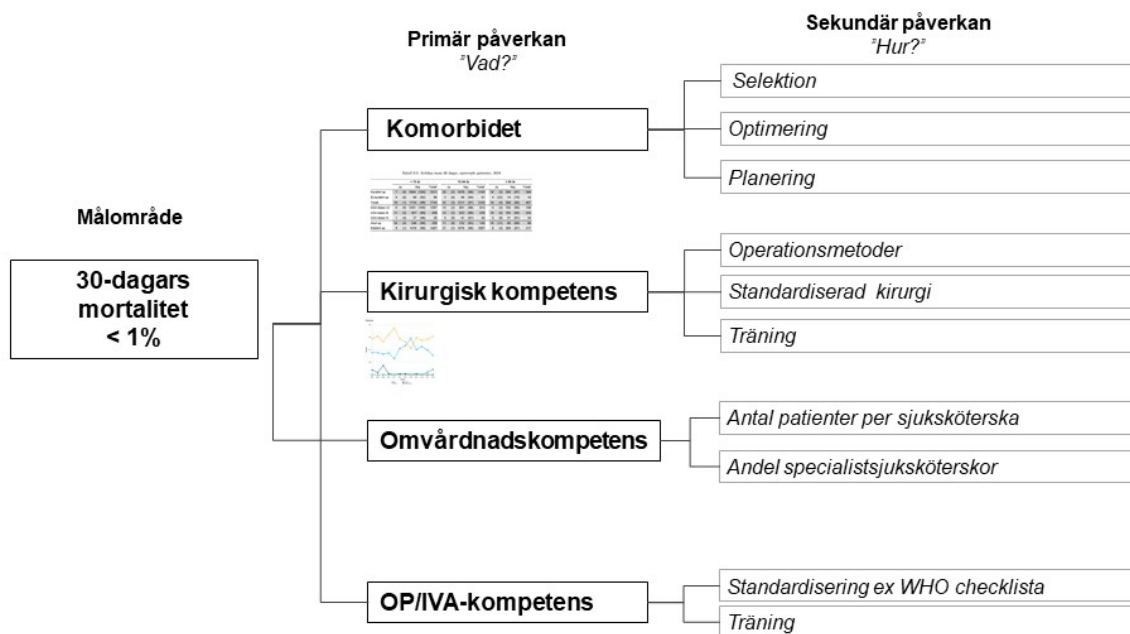


© Qulturum, Region Jönköpings län

Då Kenneth Smedh bildade sektionen 1997 var målsättningen att skapa en kolorektalcancerverksamhet med fokus på hela vårdkedjan, där sektionens samtliga medlemmar inom alla professioner arbetade mot samma mål enligt gemensamma riktlinjer. Man valde också aktivt att se klinisk forskning som en naturlig och viktig del av vårdkedjan. Resultatet av det arbetet märks i sektionens nuvarande struktur. Man har dedikerad personal inom alla vårdprofessioner som arbetat länge och enbart med kolorektalkirurgi. Man har en bred uppsättning medicinska PM och riktlinjer för kolorektalcancerpatientens vårdkedja. Man har regelbundet återkommande och strukturerad återkoppling av resultat samt forum för både falldiskussion och kirurgisk optimering. De kirurger som arbetar på sektionen, både seniora och juniora kollegor har en hög ambitionsnivå och ett starkt forskningsintresse där man även är mycket vetenskapligt produktiv. Slutligen har man inkluderat och implementerat sin handlingsplan tvärdisciplinärt så att den även omfattar till exempel onkologer, radiologer och patologer med kolorektal inriktning.

För att hitta framgångsfaktorer till eftersträvarvärd resultat kan man bryta ner bakomliggande påverkansfaktorer i primära och sekundära. De primära faktorerna är mätbara och mer uppenbara för betraktaren. Om man till exempel vill uppnå en postoperativ mortalitet på <1% skulle de flesta som arbetar med kolorektal kirurgi troligen nämna patientens komorbiditet och kirurgens kompetens som möjliga påverkansfaktorer. I kolorektalcancerregistret registreras och mäts till exempel patientens ASA-klass och kirurgens utbildningsnivå. Men för att förbättra postoperativ mortalitet måste man veta hur man påverkar kirurgens kompetens och hur man undviker att komorbiditet drar upp mortalitetsnivån. Det gör man genom att titta på sekundära påverkansfaktorer. Dessa är sällan mätbara utan handlar mer om struktur eller planering. För att undvika att komorbiditet leder till ökad mortalitet kan man till exempel arbeta med selektion av vilka patienter som ska erhålla kirurgi, optimera genom att justera läkemedelbehandlingar, erbjuda rökavvänjning och substituera anemi eller malnutrition. Genom att gå bortom de mätbara påverkansfaktorerna (som oftast är det som redovisas utåt) kan man hitta konkreta arbetssätt och andra framgångsfaktorer som kan reproduceras.

Påverkansanalys



Bearbetning, text och layout - Kulturm, Region Jönköpings län

Kolorektalcancerkirurgin i Västerås håller hög kvalitet sedan många årtionden. Vad är det som gör resultaten så stabilt goda? 30-dagarsmortaliteten efter planerad kolorektalcancerkirurgi har till exempel under hela det senaste decenniet varit under 1 %.

Andel multisjuka patienter är inte högre än i resten av landet men i Västerås arbetar man med sekundära påverkansfaktorer för att optimera planerad kirurgi på komorbida patienter. Det sker till exempel genom preoperativ screening för bland annat anemi, malnutrition och rökning. I förekommande fall finns väldefinierade åtgärder (järnsubstitution, dietistkontakt och rökavvänjningsprogram). Patienten vårdas enligt standardiserade vårdplaner (ERAS©-koncept; Enhanced Recovery After Surgery).

En ibland förbisedd men viktig påverkansfaktor för att undvika komplikationer och optimera resultat är planering inför kirurgi. Rätt kirurg och rätt teknik till rätt patient kan låta enkelt men kräver mycket logistiskt arbete av sektionschef och operationsplanerare. I Västerås läggs mycket (och schemalagd!) tid på preoperativ planering med bland annat veckovisa sektionsmöten. Men intresset för kirurgisk optimering upplevs även vara en integrerad del av kirurgens vardag där man ofta och gärna diskuterar kirurgisk teknik och val av metoder.

Kirurgisk kompetens påverkas kanske framför allt av kirurgens möjlighet till träning. Kirurgi är ett lärlingsyrke och ingen kirurgisk kompetens kan åstadkommas utan möjlighet att träna under god handledning. Den kirurgiska utbildningen på kolorektalsektionen i Västerås har en tydlig struktur på vem som gör vilka moment och när. Det innebär att alla inte gör allting utan operationer fördelas mellan operatörer efter erfarenhet och förmåga. "Den som gör jobbet bäst ska också göra jobbet" är en återkommande synpunkt i samtal med sektionsmedlemmarna. På operationsdagarna har man två salar igång parallellt vilket upplevs positivt då de seniora kirurgerna enkelt kan gå mellan operationer och hjälpa till vid behov. Den kirurgiska kompetensen definieras inte bara av kirurgens tekniska skicklighet eller att en enhet har hög andel laparoskopiskt utförda ingrepp. Att veta när respektive teknik innebär fördelar och särskilt när den inte ska användas kan vara en betydligt viktigare påverkansfaktor. I Västerås är en återkommande uppfattning att samråd skapar samsyn och leder till säkrare kirurgi. Man arbetar därför med att hålla högt i tak och ha en inbjudande attityd gentemot kollegor inom sektionen och andra specialiteter.

Forskning och utbildning tillåts ta stor plats på kirurgkliniken i Västerås där kolorektalsektionen varit en pådrivande faktor sedan många år tillbaka. Västerås modell där klinisk forskning betraktas som en integrerad del i vårdkedjan kring kolorektalcancerpatienten är inte verkligheten på flertalet sjukhus i Sverige. För att möta den tilltagande komplexitet som kolorektalcancervården i vårt land står inför är det en förutsättning att vårdgivarna har de vetenskapliga verktyg som krävs för att fatta bästa möjliga behandlingsbeslut för varje enskild patient.

Hot

I ett allt mer subspecialiserat sjukvårdssystem utmanas den kirurgiska länskliniken på ett annat sätt än de redan nischade universitetssjukhusen då man ska upprätthålla spetskompetens men inte kompromissa bort breddkompetens i jourlinjen. Nyrekrytering av seniora bakjournskompetenta kirurger är ovanlig på de flesta läns- och länsdelskliniker. Merparten av rekryteringsprocessen utgörs istället av att fortbilda juniora kollegor. Den processen tar allt fler år i anspråk som en naturlig följd av arbetstidsreformer, minskade operationsvolymerna och breddade kompetenskrav. Inte sällan ska det här förändringsarbetet av klinikernas struktur och arbetssätt utföras parallellt med hårda besparingskrav och neddragningar av vårdplatser och årsarbetare. Kolorektalsektionen i Västerås har genom åren lyckats rekrytera duktiga och ambitiösa medarbetare som dessutom varit villiga att utföra en del av de förväntade arbetsuppgifterna utanför betald arbetstid. En vanlig reflektion bland chefer till unga läkare är att den typen av kultur på arbetsplatsen är allt svårare att upprätthålla. Balansen mellan kirurgi, forskning, administration och fritid är viktig för yngre kollegor. Det är inte osannolikt att även Västerås påverkas av den allmänna bristen på ekonomiska medel inom sjukvården. Neddragning av vårdplatser eller andra sparkrav kan på kort tid förändra förutsättningarna att bedriva kolorektalkirurgisk verksamhet av hög medicinsk kvalitet.

Förbättringsområden

Förbättrad överlevnad för kolorektalcancerpatienter har inneburit ökad medvetenhet hos både patient och vårdgivare om livskvalitet efter genomförd behandling. Cancerrehabilitering har fått egna vårdprogram och det organiseras processgrupper för att implementera rehabiliteringen i den kliniska vardagen. I Västerås, och på merparten av sjukhus i Sverige, är detta arbete bara i sin linda. Cancerrehabiliteringen som helhet är ännu inte strukturerad eller integrerad i vårdkedjan utan mer sporadiskt förekommande. Ett annat förbättringsområde kunde vara omvårdnadsforskning. Sektionen besitter inte bara hög kirurgisk kompetens utan det finns en betydande kolorektalkirurgisk omvårdnadskompetens där det heller inte tycks saknas vetenskapligt intresse.

Referenser

P. Batalden, E. Nelson, M. Godfrey: Quality by Design - a clinical microsystem approach (2007)
<https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/tjocktarm-andtarm-och-anal/tjock--och-andtarm/kvalitetsregister/rapporter/>

Tack till;

Hela kolorektalsektionen på Västmanlands länssjukhus för ert stora engagemang i utvecklingen av svensk kolorektalkirurgi!

Ett särskilt tack till Maziar Nikberg med medarbetare som ställde upp på intervjuer och hjälpte till med praktiska arrangemang under revisionsarbetet.

Bilaga 5

Bilaga 5. Dokument revision

- a) Avtalstext
- b) Två exempel på startdokument: Medicinsk Kvalitetsrevision 2001; G. Akner
- c) Flödesschema för revision enligt tentativ modell
- d) Domäner och frågeställningar, revisionens generiska del

Bilaga 5a

Avtalstext

Avtalspart

Svenska Läkaresällskapet
101 35 Stockholm
SVERIGE

Kontaktperson:

Per Johansson, 08-440 88 65

Avtalspart

Hjärt-lungkliniken, USÖ
701 85 Örebro
SVERIGE

Kontaktperson:

Stella Cizinsky, 019-602 10 00

AVTAL

Svenska Läkaresällskapet (SLS) och hjärt-lungkliniken vid Örebro Universitetssjukhus är överens om att SLS ska genomföra en extern medicinsk kvalitetsrevision som försökspilot vid HLK under v.11 2018 eller vid annat överenskommet tillfälle. Piloten är del i framtagandet av en generisk modell för extern professionsbaserad kvalitetsrevision i SLS regi.

Kvalitetsrevisionen/piloten kommer att genomföras av två inspektörer, varav en specialist inom kardiologi och en inom lungmedicin, och beräknas ta en och en halv till två dagar. SLS står för inspektörernas kostnader när det gäller resor och uppehålle samt ersättning för eventuella inkomstbortfall och/eller arvode.

SLS revision kommer att komplettera tidigare verksamhetsrevision som genomförts vid HLK i januari 2018 och omfatta fyra områden:

- Etik och prioriteringar
- Vetenskap och medicinsk måluppfyllelse
- Patientsäkerhet
- Fortbildning

Resultatet från revisionen i form av promemoria eller rapport ägs av båda avtalsparter.

Avtalet har upprättats i två exemplar av vilka parterna erhållit var sitt.

Stockholm den 2018-02-13

För Svenska Läkaresällskapet

.....

Per Johansson, kanslichef

Örebro den 2017-02-13

För Hjärt-lungkliniken, USÖ

.....

Stella Cizinsky, verksamhetschef

Bilaga 5b

*Två exempel på startdokument:
Medicinsk Kvalitetsrevision 2001; G. Akner*

STARTDOKUMENT FÖR

MEDICINSK KVALITETSREVISION

Ett exempel på en mall i förkortad version

Enhetens namn:

Enhetens adress mm:

Ort och datum:

Revisorer:

Inför planerad medicinsk kvalitetsrevision önskar revisorerna erhålla uppgifter samt befintliga dokument som beskriver följande områden:

1. Enhetens uppdrag, vårdbehov i befolkningen, verksamhetsplan

2. Enhetens resurser - användning och fördelning.

- ledningsstruktur, organisation
- bemanning, delegationer
- lokaler
- utbildning
- forskning

3. Enhetens vårdutbud/behandlingsinriktning

- vårdprogram
- tillgänglighet
- kontinuitet i patientarbetet
- vårdmiljö
- säkerhet, sekretess, ev. tvångsvård
- dokumentation av vårdarbetet (journaler mm).

4. Nätverksperspektivet - samarbete med andra vårdgivare

5. Samråd med patienter, patientorganisationer, anhöriga och övriga närstående i utveckling av vården

6. Uppföljning och utvärdering av verksamheten, vårdresultat, använda indikatorer och mätvärden, resultat av enkäter, avvikelshantering och verksamhetsberättelse.

Årsredovisning för en vårdcentral eller klinik/enhet på sjukhus
Utkast till struktur 190324 /Gunnar Akner

A. Förvaltningsberättelse (uppdelad på rubrikerna struktur - process - resultat)

1. **Struktur:** Verksamhetens form = förutsättningar för arbetet

Beskrivning av bl.a.:

- Uppdrag
- Antal personal: läkare och övrig personal omräknat till helårsekvivalenter
- Läkare: Specialister, ST-läkare, AT-läkare, hyrläkare
- Chefer
- Lokaler
- Utrustning

2. **Process:** Verksamhetens innehåll = hur det praktiska vårdarbetet utförs, uppdelat på vårdcentraler-sjukhusvård

a) Vårdcentraler

Beskrivning av bl.a.:

- Bokning av patienter till läkare och övriga vårdyrkesgrupper (nybesök, återbesök)
- Väntetider till läkare och övriga vårdyrkesgrupper
- Avgrensade funktioner, t.ex. medicinska specialister, specialistsjuksköterskor, barnavårdscentral, mödravårdscentral, hemsjukvård, äldreomsorg, särskilt boende etc

b) Sjukhusvård

Beskrivning av bl.a.:

- Inläggningar respektive utskrivningar från kliniken/enheten
- Väntelista: antal köande, väntetider
- Rondering till patienterna

Gemensamt för vårdcentraler och sjukhusvård

- Teamarbete
- Patienter (delaktighet, nöjdhet)
- Personal (fortbildning, delaktighet, nöjdhet)

3. **Resultat** (fokus på resultat för patienterna, så långt möjligt ett diagram per variabel)

a) Vårdcentraler

Beskrivning av bl.a.:

- Längd på tider för nybesök, återbesök, akutbesök
- Diagnoser (art och så långt möjligt grad)

b) Sjukhusvård

Beskrivning av bl.a.:

- Medelvårdtider + spridning
- Diagnoser vid utskrivning (huvuddiagnoser och bidiagnoser)

Gemensamt för vårdcentraler och sjukhusvård

- Demografi: Antal patienter per år, ålders- och könsfördelning
- Antal läkemedel per patient (uppdelat på kontinuerliga och tillfälliga)
- Komplikationer/vårdskador
- Resultat enligt kvalitetsregister
- Anmälningar (patientnämnder, IVO, ansvarsnämnd)
- Kommentar angående möjlighet att uppfylla uppdraget

B. Ekonomisk årsredovisning

- Total budget
- Fördelning av budget på personal, lokaler, utrustning, övrig drift, utbildning, FoU etc.
- Resultat jämfört med budget
- Resultat för de senaste fem åren

Bilaga 5c

*Flödesschema för revision
enligt tentativ modell*

Flödesschema för revision enligt tentativ modell

Flödesschema för revision enligt tentativ modell

- Förankring: SLS, aktuell specialitetsförening, enhet som ska revideras
- SLS och aktuell specialitetsförening utser revisorer
- Avtal tecknas mellan SLS och enhet som ska revideras
- Förberedelser inklusive fastställande av kriterier på kvalitet och studie av kvantifierbara data
- Fysiskt revisionsbesök startar med Återkoppling I till enheten
- Frågeställningar (domäner)/startdokument som grund för dialog och intervjuer
- Journalgranskning (enligt protokoll)
- Värdering av kvalitet samt Återkoppling II mot slutet av det fysiska revisionsbesöket
- Sammanfattande professionell bedömning – muntligt och i rapportform

Bilaga 5d

*Domäner och frågeställningar,
revisionens generiska del*

Revisionens generiska del – domäner och frågor

Vetenskap/medicinskt utfall

- Hur identifieras relevanta kvalitetsmått (process-, utfall-, struktur-)?
- Hur återkopplas relevanta kvalitetsregisterdata (ffa mortalitet och morbiditet) till verksamheten?
- Hur hävdar sig enheten vid jämförelse med andra liknande enheter?
- Hur stor andel av medarbetarna är disputerade eller doktorander?

Etik – prioriteringar

- Hur implementerar enheten den etiska plattformen för prioriteringar i praktiken?
- Hur identifierar och hanterar man bortträngningseffekter?
- Hur verkar enheten för samverkan och kontinuitet kring individer med komplexa vårdbehov?
- Hur synliggör man vårdbehov hos individer med nedsatt autonomi?

Patientsäkerhet

- Hur definierar enheten patientsäkerhet?
- Hur verkar enheten för patientsäkerhet?
- Hur involveras medarbetarna?

Fortbildning

- Hur stimuleras relevant utbildning på enheten?
- Hur många dagar per kollega och år avsätts för fortbildning?
- Data från SPUR-inspektion?
- Hur stor andel av ST-läkarna utför specialistexamen?



Svenska
Läkaresällskapet

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10, Box 738, 101 35 Stockholm
TELEFON 08-440 88 60 **E-POST** sls@sls.se **WEBB** www.sls.se