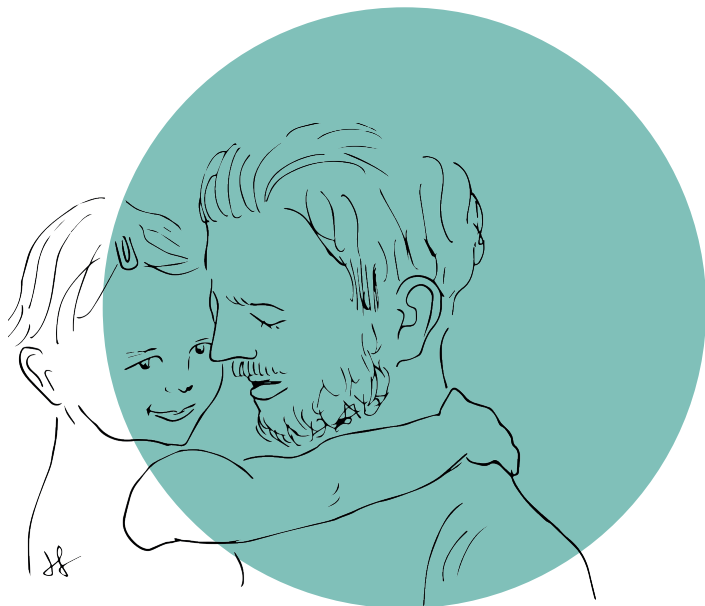




Svenska
Läkaresällskapet



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 formuleras 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

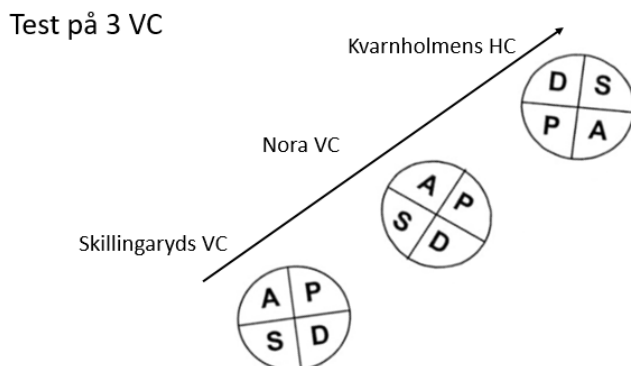
Kvalitetsdialogerna har genomförts av en projektgrupp (nedan kallad projektgruppen) bestående av: Eva Arvidsson med dr, specialist i allmänmedicin, Stina Gäre Arvidsson, ST-läkare i Allmänmedicin, delprojektledare SKL och Lena Zetterberg, fysioterapeut och uppföljare vårdvalsenheten VGR. Dialogerna genomfördes 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 innebär 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 presitationsmätning - 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. Åtterrapporering 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.

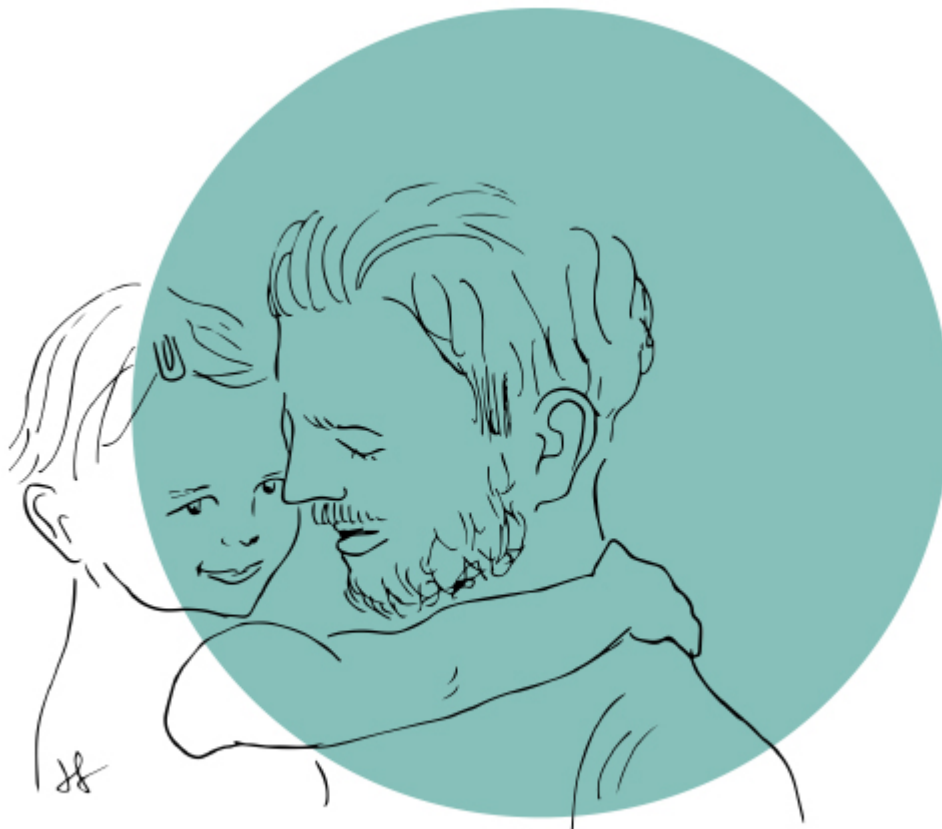
KLINISK REVISION

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