

PrimärvårdsUppföljning

METODSTÖD FÖR DIALOGBASERAD
VERKSAMHETSUPPFÖLJNING



Förord

Primärvården har ett brett uppdrag som omfattar hela befolkningen och är en komplex verksamhet i flera aspekter vilket innebär särskilda överväganden vid uppföljning.

Då kraven på och behoven av uppföljning principiellt är lika i samtliga regioner, har tidigare och tillsammans med regionerna en modell för uppföljning av primärvård tagits fram – *Basmodell för uppföljning av primärvård*.

I den här omarbetade versionen har framför allt metodiken uppdaterats grundat på aktuell utveckling och forskning samt att förslag på enskilda indikatorer ersatts med exempel på olika datakällor, indikatorsamlingar och kvalitetsregister. Metodikavsnittet har influerats av debatten om ett behov av en mer tillitsbaserad styrning och ledning. Den här vidareutvecklade metoden ger därför ökat stöd för en samtalsmetodik i uppföljningen, som både syftar till att säkerställa att vissa krav och kvalitetsnivåer är uppfyllda och stimulera och stödja utförarens eget kvalitetsarbete. Vidare ger metoden även värdefulla insikter för de som följer upp.

Genom att systemet PrimärvårdsKvalitet snart finns i alla regioner, finns en ökad tillgång till nationella kvalitetsindikatorer och bättre förutsättningar för uppföljning. Utvecklingen och implementering av PrimärvårdsKvalitet har också drivit på behovet att revidera Basmodellen.

Ambitionen med modellen är att den ska ligga i linje med behov som delas av många. Den ska kunna utgöra utgångspunkt för varje regions eget beslut om uppföljning av primärvården.

Den reviderade versionen av basmodellen är framtagen av en arbetsgrupp inom SKR tillsammans med representation från regionernas vårdvals nätverk samt en referensgrupp med vetenskaplig och praktisk förankring i uppföljningsarbete.

Lars Kolmodin och Stina Gäre Arvidsson svarar på frågor om rapporten.

Stockholm, 2021-06-08

Lena Langlet

*Sektionen Styrning och
verksamhetsutveckling*

Emma Spak

Sektionen för Hälsa och sjukvård

Innehåll

Begrepp och förkortningar	6
1. Inledning	7
2. Styrning i förändring	8
2.1 Framväxt av tillitsbaserad styrning och ledning samt erfarenheter från marknadsstyrning	8
2.2 Vad är Tillitsbaserad styrning och ledning?	10
3. Metod för uppföljningsdialog på vårdcentral	14
3.1 Introduktion.....	14
3.1.1 Utveckling av uppföljning i primärvård	14
3.1.2 Metodstödet syfte	14
3.1.3 Metodstödet och Nära vård.....	15
3.1.4 Utgångspunkter för god uppföljning	16
3.1.5 Uppföljningsdialog – första steget i Förbättringstrappan	16
3.2 Metodik och struktur för uppföljningsdialog.....	17
3.2.1 Ett förord till och struktur för dialogstödet	17
3.2.2 Ett dialogstöd	18
3.2.3 Struktur för dokumentation och återkoppling	18
4. Stöd vid tolkning och analys av data	19
4.1.1 Slumpvariation	19
4.1.2 Variation i patientgrupper och uppdrag.....	19
4.1.3 Variation på grund av skillnader i registrering och tillgänglighet till data	20
4.1.4 Kvalitetsskillnader och kvalitetsförbättringar	20
4.2 Tips på fördjupning i tolkning av data	20
5. Kvalitetsindikatorer och datakällor	22
5.1 Vården i siffror	22
5.2 PrimärvårdsKvalitet	22
5.3 Nationell patientenkät.....	23
5.4 Socialstyrelsens indikatorer	23
5.5 Väntetider i vården – nationella tillgänglighetsdatabasen.....	23
5.6 Folkhälsostatistik	24
5.7 Relevanta kvalitetsregister för primärvården	24
5.7.1 RiksSår.....	24
5.7.2 Senior alert	24
5.7.3 SveDem.....	24
5.7.4 Nationella Diabetesregistret	25

5.7.5 Luftvägsregistret.....	25
5.7.6 RiksSvikt.....	25
5.7.7 BOA – Bättre Omhändertagande av patienter med Artros	25
Tack för värdefulla synpunkter under arbetet.....	26
Referenser.....	27
Bilagor	29
Bilaga 1 Förord till UppföljningsDialog som till exempel kan skickas till vårdcentralen inför dialogmötet.....	29
Bakgrund.....	29
Förbättringstrappan	29
Teoretisk bakgrund.....	30
Tillit	31
Nära vård.....	32
Struktur för uppföljningsdialog på vårdcentral.....	32
Bilaga 2 Dialogstöd	33
Bilaga 3 Förslag på dokumentation och återkoppling efter genomförd UppföljningsDialog	43
Bilaga 4 Fördjupningsfrågor och datakällor vid uppföljningsdialogen.....	46
Bilaga 5 Fördjupningsdel kring levnadsvanor - metod för praktiskt utförande av uppföljningsdialog på vårdcentral.....	54

Begrepp och förkortningar

Basmodellen – Förkortat namn på föregångaren till PrimärvårdsUppföljning Basmodell för uppföljning av primärvård framtagna och publicerade 2014, som syftar till att stödja beställarorganisationen vid uppföljning av avtalsefterlevnad i primärvården.

Beställare – regionens funktion för beställning av primärvård i privat och offentlig regi. Den organisatoriska enheten benämns till exempel vårdvalsenhet, vårdvalskontor, hälsovalskontor.

Förfrågningsunderlag – de tjänster som omfattas av valfrihetssystemet ska beskrivas i förfrågningsunderlaget. I dokumentet ska framgå vilka krav och villkor som ska uppfyllas för att bli godkänd utförare, samt uppdraget, vilka krav som ska uppfyllas under avtalsperioden (särskilda kontraktsvillkor), ekonomisk ersättning och andra kommersiella villkor. Dokumentet kan ha olika namn, till exempel Krav- och kvalitetsbok.

PrimärvårdsUppföljning – metodstöd för tillitsbaserad uppföljning i primärvårdsverksamheter som sker i dialogform och som utgår ifrån de sju grundprinciperna för tillitsbaserad ledning och styrning.

Uppföljningsteam – gruppen som genomför uppföljningsdialog och som kan omfattas av representanter från beställarenheten samt till exempel person från utvecklingsavdelning och person med klinisk koppling.

Utförare – benämns här oftast som vårdcentral (VC) vilket i dokumentet jämföras med primärvårdsverksamhet, primärvårdsenhet, hälsocentral (HC), husläkarmottagning (HLM).

Vårdvalsnätverket – ett nätverk med syfte att utveckla formerna för valfrihetssystem inom regionernas verksamhetsområden, representerade av systemledare i regionerna som är ansvariga för ledning och utveckling av valfrihetssystemet för att skapa goda förutsättningar för såväl systemets kunder som utförare. Nätverket samordnas av SKR.

1. Inledning

Denna vägledning syftar till att utgöra ett stöd för regionerna genom att presentera en generisk modell för uppföljningsdialog i primärvård. Vägledningen kan ge inspiration till hur det regionala uppföljningsarbetet kan bedrivas och utvecklas så att det samtidigt förbättrar förutsättningar för verksamhetens eget systematiska förbättringsarbete och ger viktig återkoppling till beställaren om till exempel effekter av förfrågningsunderlag. Metodstödet kan och bör tillämpas på samtliga utförare i primärvården oavsett regiform.

Den här rapporten utgör en vidareutveckling av *Basmodellen för uppföljning av primärvård*, vilken togs fram av en arbetsgrupp inom SKR:s vårdvals nätverk 2014. Flera faktorer har bidragit till behovet av denna omarbetade version, vilka beskrivs nedan.

Vägledningen ger förslag på hur uppföljningen kan organiseras och utföras i form av en dialogbaserad uppföljningsmetod som baserar sig på grundprinciperna för Tillitsbaserad ledning och styrning. Vägledningen innehåller också en sammanställning av olika datakällor som kan utgöra underlag för uppföljning av primärvård samt en översikt av faktorer som kan påverka data.

2. Styrning i förändring

”Jag hör viskningarna, jag hör ropen. Vi måste tänka på ett annat sätt. Vi måste ge plats åt det som inte genast kan identifieras och mätas, vi måste ge plats åt erfarenhet, professionell kunskap och reflektion. Vi måste ge plats åt det omätbara.”

(Bornemark, 2018)

2.1 Framväxt av tillitsbaserad styrning och ledning samt erfarenheter från marknadsstyrning

År 2016 aktualiserades frågan om att uppdatera Basmodellen till följd av bland annat ökad tillgång till data i primärvården genom PrimärvårdsKvalitet och ett i flera statliga utredningar identifierat behov av ökad utvecklingskapacitet i primärvården. Utöver det adresserades önskemål från regionerna om en ny modell för uppföljning som fokuserar mindre på detaljstyrning och mer på analys och diskussion kring kvantitativa data och kvalitativa frågor samt tar mer hänsyn till den kontext som data skapas i.

Det finns i litteratur och forskning stöd för styrning som i lägre grad fokuserar på detaljstyrning och kontroll av organisationer som i hög grad är kunskapsbaserad och bygger på professionell autonomi. Överdriven kontroll har negativa effekter på individens handlingsutrymme och motivation, som är viktiga drivkrafter i kunskapsorganisationer och istället föreslås systemtänkande som del av lösningen (Seddon, 2008), vilket den här vägledningen syftar att främja.

Vårdval inom primärvården infördes mot bakgrund att ökad valfrihet för befolkningen och individens val av vårdcentral ansågs stimulera kvalitetsutveckling, till exempel genom att vårdcentralerna ökar tillgänglighet och höjer kvaliteten i sitt utbud. En studie av det (Anell, 2020) visar emellertid att konkurrens hittills haft en blygsam effekt på utvecklingen av primärvårdens patientupplevda kvaliteter. Anell tar upp exempel på svagheter i marknadsstyrning som system, som utgör hinder för konkurrens att fungera optimalt. Information om vårdgivarnas kvalitet upplevs som otillgänglig och ofullständig och individen tar sällan del av objektiva mått vid sitt val. På utbudssidan föreligger istället hinder i form av att det kan saknas alternativ att välja mellan inom ett rimligt avstånd i glesbygd. Utbudet är ojämnt fördelat och lägre där behoven är som störst (Riksrevisionen, 2014). Vidare utgör bristen på allmänläkare ett problem då vårdval snarare förutsätter en viss överkapacitet på utbudssidan. Den kvalitetsutveckling som ansågs åstadkommas genom att medborgare mellan en mångfald av utförare skulle välja de bästa och därmed välja bort de sämre, riskerar således utebli. Andra styrmekanismer behöver då introduceras för att uppnå kvalitetsutveckling.

2015 rapporterade regeringen om en växande kritik mot den ökade detaljstyrningen. De reformer som var tänkta att utöka handlingsutrymme och öka effektiviteten i verksamheten, förefaller paradoxalt nog ha blivit till en hämsko för ett effektivt resursutnyttjande (Statskontoret, 2015). Regeringen adresserade ett behov av att utveckla styrmodeller som tar större hänsyn till professionerna i offentlig sektor, yrkesetik och vetenskaplig forskning, vilket ledde fram till instiftandet av Tillitsdelegationen 2016.

Tillit har i ökande grad blivit fokus för den samhällsvetenskapliga forskningen såväl nationellt som internationellt, då man sett att organisationer med hög grad av tillit är framgångsrika (Regeringen, 2018). Professionens begränsade inflytande på styrning har även uppmärksammats av Svenska Läkaresällskapet vilket har lett fram till en modell för kollegial kvalitetsdialog (även kallad klinisk revision) för olika medicinska specialiteter. Läkaresällskapet modell för kollegial kvalitetsdialog i primärvården (Svenska läkarsällskapet, SLS, 2020) har tagits fram parallellt och i samverkan med SKR:s modell för tillitsbaserad uppföljningsdialog och har därför samma utgångspunkter och upplägg. Läkaresällskapet rapport finns tillgänglig på SLS [webbplats](#).

I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport ”En primär angelägenhet” dras slutsatsen att den generella utvecklingskapaciteten och lärandet kring nya arbetssätt i primärvården behöver stärkas och i en av de tre till regeringen lämnade rekommendationerna anförs att ”en viktig utgångspunkt för lärandet är att skapa en infrastruktur som möjliggör löpande uppföljning och utvärderingar av primärvårdens resultat och förutsättningar” (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017, s. 13). Vidare framförs i en annan rapport, ”Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft”, uppfattningen om att regionernas styrning till viss del är fragmenterad och kortsiktig och att det i sin tur hämmar långsiktigt utvecklingsarbete (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Myndigheten ger därför som förslag till regeringen att främja test och utvärdering av nya uppföljningssystem som fokuserar på det samlade resultatet och det värde som verksamheten skapar för medborgarna. Denna vägledning för uppföljning av primärvården syftar till att bidra till det.

Regeringen tillsatte 2018 en utredning, Styrning för en mer jämlik vård, för att undersöka ändamålsenligheten i befintlig styrning av primärvården och om denna bidrar till det sjukvårdspolitiska målet om en jämlik vård. Slutbetänkandet innehåller olika förslag på kompletterande styrning på nationell nivå samt ett stort antal rekommendationer. Regionerna rekommenderas bland annat röra sig mot en mer dialogbaserad uppföljning, i linje med den metodik som redogörs för i denna rapport:

En mer dialogbaserad uppföljning av primärvården

Utredningens rekommendation: Regionerna bör fortsätta inriktningen mot en dialogbaserad uppföljning av utförare samt fördjupad analys eller medicinsk revision.

Skälen för utredningens rekommendation: SKR har tagit fram en basmodell för uppföljning (PrimärvårdsUppföljning, reds anm.)

som är avsedd att vara ett stöd för varje regions eget beslut om metoder och indikatorer för uppföljning av primärvårdsverksamhet. Modellen utgår från flera olika former av uppföljning men där dialogbaserad uppföljning står i fokus. Bakgrunden till framtagandet var bl.a. att det finns stora skillnader i regionernas arbete med uppföljning av primärvården vad gäller metoder och ambitionsnivå. Utredningen bedömer att den minskade detaljstyrning som rekommenderas /.../ behöver gå hand i hand med en förbättrad uppföljning. Vi ser det som grundläggande för en mer tillitsbaserad styrning att minska detaljer i hur utförarnas agerande styrs samtidigt som beställaren genom dialog fokuserar på hur väl utföraren når resultat som är centrala för primärvården.

Utredningen rekommenderar att samtliga regioner inför sådana system för uppföljning som basmodellen (PrimärvårdsUppföljning, reds anm.) bygger på. Inspiration finns också i hur läkemedelskommittéerna genom dialog arbetar med uppföljning av läkemedelsförskrivning (Regeringskansliet, 2019, s. 503).

2.2 Vad är Tillitsbaserad styrning och ledning?

Den statligt utnämnda Tillitsdelegationen sammanfattar tillitsbaserad styrning och ledning på följande sätt:

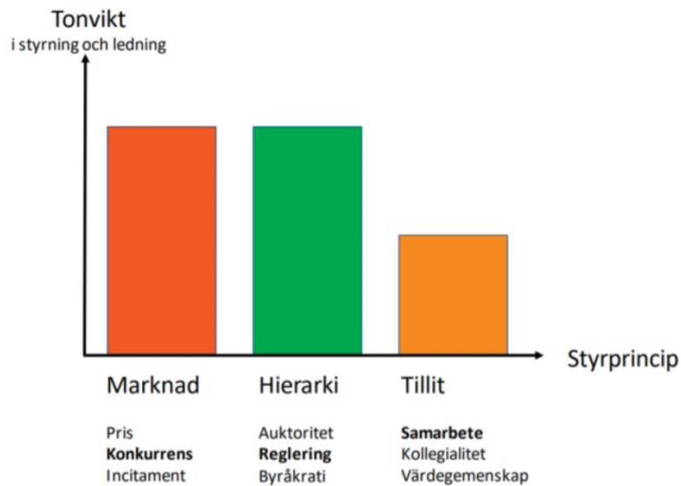
”Tillitsbaserad styrning och ledning är styrning, kultur, och arbetsätt med fokus på verksamhetens syfte och brukarens behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa förmåga, integritet och hjälpvillighet.” (Bringselius L. (., 2018, s. 66).

Tillitsstyrning kan beskrivas som en av tre möjliga styrprinciper för organisationer:

1. Marknadsstyrning – utgår ifrån att olika organisationer konkurrerar på en marknad där priskonkurrens och incitament är drivkrafter.
2. Hierarkisk (även kallad ”traditionell”) styrning – styrning genom auktoritet, reglering och byråkrati
3. Tillit – utgår ifrån människors önskan om samarbete, relationer och känsla av mening är drivkrafter och att den professionella kunskapen är central.

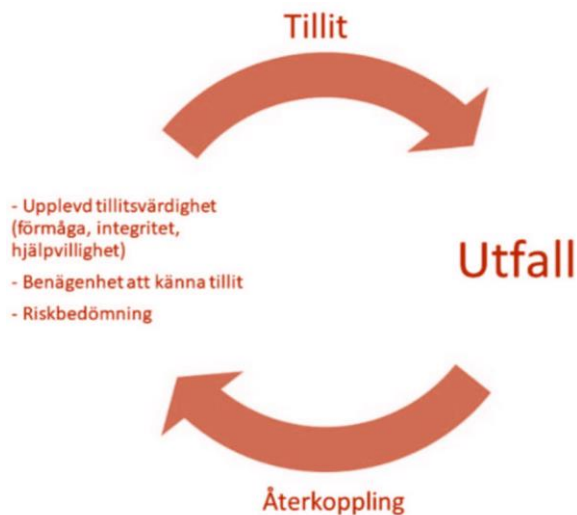
(Adler, 2001)

Vidare illustrerar Bringselius den obalans som finns i dagens system (Figur 1) vilket medfört effekter såsom ökad administrationsbörda, omfattande byråkrati, önskad incitament samt krav på mätning som gett negativa effekter på det viktiga handlingsutrymmet i mötet mellan medarbetare och medborgare.



Figur 1 Beskrivning av obalans mellan tre styrprinciper i offentlig sektor. (Bringselius L. (., 2018, ss. 21-22)

Tillit betraktas således som en styrprincip för organisationer och förklaras närmare med att tillit är något som behöver byggas upp över tid och något som man förtjänar. Genom ett målmedvetet arbete har organisationen möjlighet att successivt öka sin ”tillitsvärdighet” (Mayer, 1995). Processen beskrivs i Figur 2.

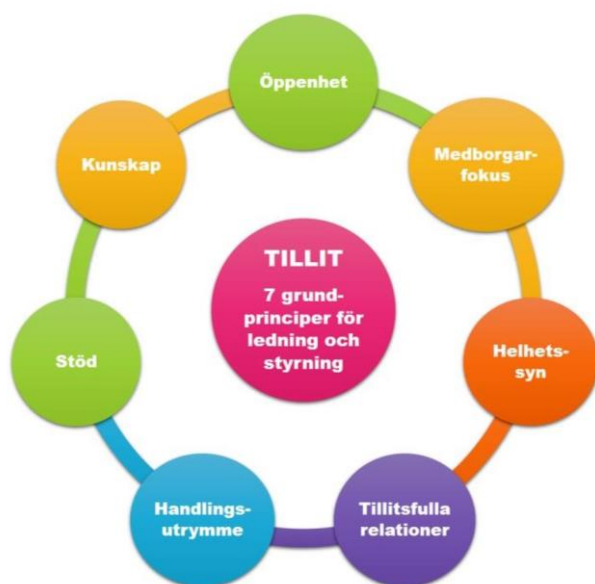


Figur 2 Den tillitsbyggande processen (Bringselius, 2018, s. 66), inspirerad av Mayer.

Forskningsantologin (Bringselius L. (., 2018) omfattar ett ramverk som beskriver tillitsbaserad styrning och ledning och föreslår sju grundläggande principer som kan användas vid omsättning av tillitsstyrning i praktiken. De sju grundprinciperna beskrivs nedan och sammanfattas i Figur 3.

1. Tillitsfulla relationer – att välja att lita på de du samarbetar med och tro gott om dem

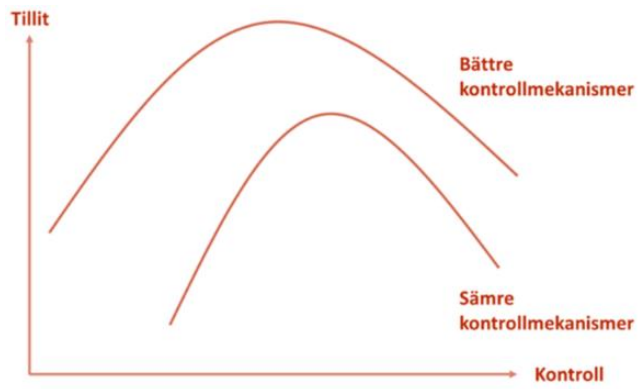
2. Medborgarfokus – fokusera på de vi är till för och ska skapa värde för och med
3. Helhetssyn – att se till helheten i och utanför verksamheten
4. Delegering av handlingsutrymme – skapa förutsättningar för medarbetarna att göra ett gott jobb och få handlingsutrymme, genom medbestämmande, delegering och tydliggörande av mandat.
5. Stöd – säkerställande av verksamhetens behov av stöd för professionella, administrativa och psykosociala frågor
6. Kunskap – förstärkning av kunskapsutveckling, lärande och en praktik baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet
7. Öppenhet – att värna om öppenhet vad gäller information, oliktankande och kritik



Figur 3 Sju grundprinciper för tillitsbaserad ledning och styrning

Utgångspunkt för en mer tillitsbaserad styrning och ledning är således att välja att lita på motparten i stället för att utgå ifrån misstro. Det handlar om ett aktivt förhållningssätt som genomsyrar alla relationer i styrkedjan, framför allt i nedåtriktade relationer i hierarkin.

I allmänhet är emellertid inte ambitionen att maximera graden av tillit, utan snarare att få ett optimalt utbyte eftersom frånvaro från krav och kontroll inte är optimalt för att skapa tillit. Tvärtom är en väl avvägd kravställning och en rimlig grad av kontroll antagligen optimal för tilliten. När kontrollmekanismerna är väl utformade blir utbytesförhållandet mellan kontroll och tillit bättre, se Figur 4 nedan. Kontrollerna blir mer rättvisande och effektivare och har därför både högre träffsäkerhet och uppfattas som mer legitima. Det är rimligen bra att ha en medvetenhet om att kontroll kan skapa såväl som förstöra tillit (Bergman, 2017).



Figur 4 Balansen mellan kontroll och tillit (Bergman, 2017)

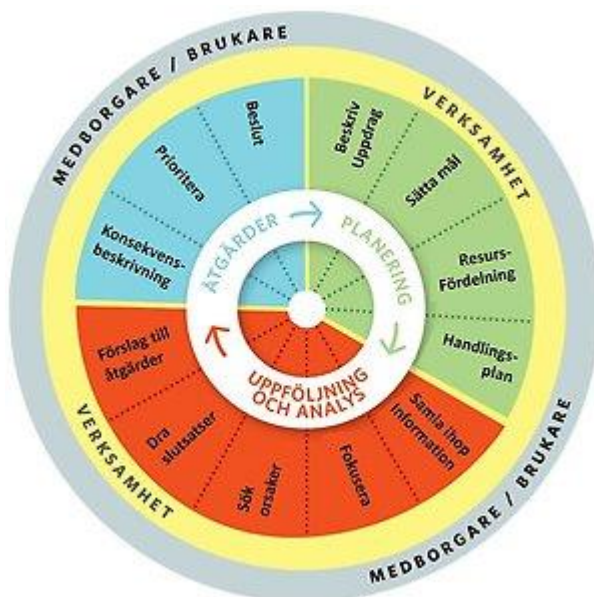
3. Metod för uppföljningsdialog på vårdcentral

3.1 Introduktion

3.1.1 Utveckling av uppföljning i primärvård

I jämförelse med föregångaren Basmodell för uppföljning av primärvård, ges nu ett större utrymme för dialog mellan beställare och utförare, vilket även utgör ett stöd för utförarna i det fortsatta arbetet med att utveckla sin verksamhet. Metoden bygger på vetenskaplig evidens, beprövad erfarenhet från flera regioner samt Socialstyrelsens Föreskrift och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 (Socialstyrelsen, 2011). Även om metoden är framtagen för uppföljning av primärvård i bemärkelsen vårdcentraler, utsluts inte att den efter anpassning kan användas även för andra områden.

Metoden ingår som ett av verktygen för uppföljning och analys av verksamheter som SKR har tagit fram och omfattar framför allt delarna som gäller uppföljning och analys i den s.k. Styrnurrän. Läs gärna mer på <https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/stodforattstyraochleda/planerafoljauppochatgarda.24377.html>.



3.1.2 Metodstödet syfte

Övergripande syftar metoden till att främja att regionens resurser används på ett effektivt sätt för att skapa en god och jämlik nära vård.

På mer detaljerad nivå syftar metoden till att tillgodose utförarnas behov av ökad förståelse för den egna verksamheten, vilket sker genom stöd i kartläggning samt genom stöd i framtagning, prioritering och tolkning av data. I förlängningen är syftet att verksamheter genom metoden för uppföljningsdialog, förbättrar sin förmåga att främja bättre hälsa för patienterna genom ständigt förbättrad vård och att gemensamma resurser används effektivt.

Resultatet av genomförda uppföljningsdialoger ger förvaltningen underlag för återkoppling mot fullmäktiges övergripande mål och riktlinjer, till exempel ur kvalitets- och effektivitetssynpunkt. Uppföljningen bör, åtminstone i delar, svara upp mot beställarens behov av att säkerställa att utförande enheter uppfyller de krav¹ som ställts på utföraren.

Uppföljningen kan också ge en värdefull återkoppling på regionen som beställare, till exempel förvaltningens tillgänglighet, informationens relevans, förfrågningsunderlagets kvalitet, uppdragets omfattning eller villkorens rimlighet.

Om uppföljningen av en verksamhet ger indikation på missförhållanden eller misstanke om oegentligheter kan det finnas anledning att göra en fördjupad uppföljning. Stöd och vägledning kring processen för Fördjupad uppföljning är framtagen av SKR. Läs mer via [länken](#).

3.1.3 Metodstödet och Nära vård

Tillitsbaserad ledning och styrning går i linje med SKR:s utgångspunkter för omställningen till Nära vård, vars målbild och kärnvärden beskrivs nedan. Metodstödet har därför tagit hänsyn till flera aspekter för att stödja förflyttningen.

Målbild

En god och nära vård;

- utgår från individuella förutsättningar och behov
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Kärnvärden för att nå målbilden

Alla åtgärder behöver:

- Utgå från patientens individuella förutsättningar och behov
- Utgå från att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser uppströms är det mest rationella arbetssättet
- Utgå från att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet

¹Kvalificeringskrav och särskilda kontraktsvillkor i upphandlingsdokumenten, förfrågningsunderlag (regelböcker) och kontrakt..

- Bidra till jämlik vård för jämlik hälsa
- Bidra till trygghet och självständighet
- Skapas tillsammans med gemensamt ansvarstagande och tillit

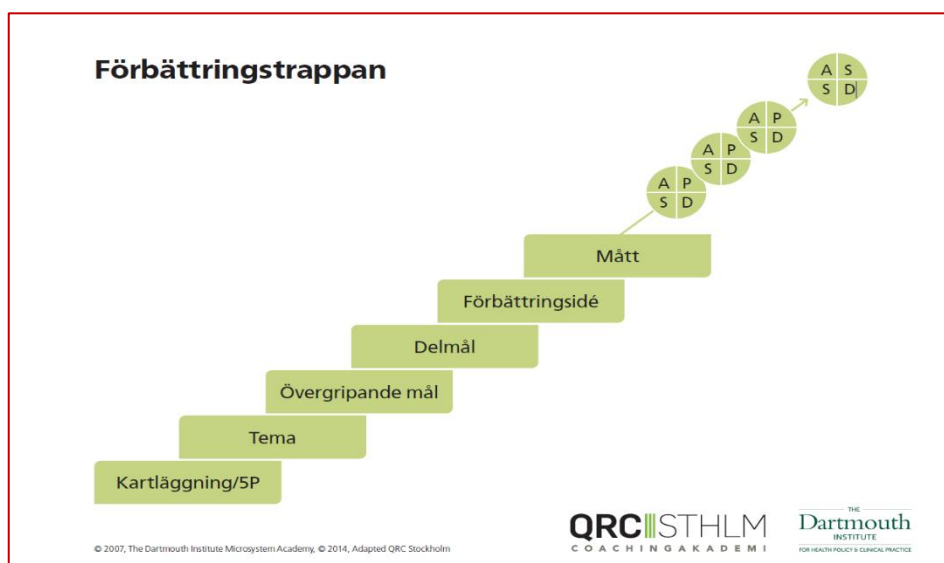
3.1.4 Utgångspunkter för god uppföljning

Nedan kriterier har utifrån litteraturstudier, tagits fram för att beskriva viktiga beståndsdelar vid uppföljning av vårdverksamheter och har varit utgångspunkt vid framtagning av metoden för uppföljningsdialog. God uppföljning av vårdverksamheter bör:

1. Vara **användarvänlig** för deltagande parter
2. Främja **tillit** mellan deltagande parter
3. Främja **utveckling och lärande** för deltagande parter
4. Skapa **värde** för deltagande parter och de som verksamheten är till för
5. Ta hänsyn till verksamhetens **komplexa natur**
6. Vara **resurseffektiv**

3.1.5 Uppföljningsdialog – första steget i Förbättringstrappan

Dialogmöte på den enskilda vårdcentralen ger möjlighet till att få en djupare förståelse för data genom att det kopplas till sin kontext. Dialogen ger även tillfälle för reflektion kring verksamheten och syftar till att ge underlag för att förstå verksamheten som helhet samt identifiera och prioritera förbättringsområden för att stödja fortsatt verksamhetsutveckling. I Figur 5 visas *Förbättringstrappan* som är en läromodell och struktur för utvecklingsarbete (Nelson, Batalden, & Godfrey, 2007). Metoden för uppföljningsdialog syftar till att stödja det första steget i trappan och har därför ett upplägg baserat på kartläggningsmodellen 5P som beskrivs nedan. Resterande steg utförs av den enskilda vårdcentralen.



Figur 5 Beskrivning av de olika stegen i förbättringstrappan, där uppföljningsdialogen utgör det första steget och övriga steg utgör vårdcentralens fortsatta interna utvecklingsarbete.

3.2 Metodik och struktur för uppföljningsdialog

Uppföljningsmetoden som utvecklats är grundad på tillgänglig evidens (inklusive utredningsrapporter och utvärderingar) och har fokus på dialog kring kvalitets-, bakgrunds- och kvalitativa data.

Metoden för PrimärvårdsUppföljning har utvecklats genom upprepade tester på vårdcentraler, delvis tillsammans med en beställarenhet. Därefter har den framtagna metoden studerats inom ramen för en masteruppsats.

Metodstödet för tillitsbaserad uppföljningsdialog består av tre delar som beskrivs i nedan:

1. Ett förord till och förslag på struktur för uppföljningsdialogen
2. Ett dialogstöd
3. En struktur för dokumentation och återkoppling till den enskilda primärvårdsverksamheten

För att metoden ska uppfylla syftet behöver hela processen kring uppföljningsdialogen aktivt genomsyras av de sju grundprinciperna för tillitsstyrning. Vid den studie som genomfördes efter utveckling av metoden framkom ett antal exempel på hur de sju grundprinciperna kan konkretiseras och vilka faktorer som påverkar. Av dem kan nämnas att relationer (framför allt relationell kontinuitet), engagemang, primärvårdskompetens och tydlighet i kommunikationen kring att det är just en tillitsbaserad uppföljningsdialog, är centrala. Vidare främjas tillitsbyggande av ödmjukhet inför verksamhetens komplexitet, att dialogen sker på plats hos verksamheten, tydlighet kring mål och syfte samt öppenhet.

I såväl studien kring metoden som tidigare forskning (Ivers, o.a., 2012) påvisas att den positiva effekten av uppföljningsdialog ökar om den/de som följer upp har en professionell bakgrund och förankring i samma sorts verksamhet som den som följs upp. Man behöver även beakta att tillit är något som byggs över tid.

3.2.1 Ett förord till och struktur för dialogstödet

I förordet till dialogstödet förklaras viktiga aspekter vid tillitsstyrning. Där ges även ett förslag på struktur för genomförande av dialogen vad gäller till exempel deltagare, tidsåtgång och förarbete. Förordet kan användas som utskick till verksamheten som ska besökas eller för genomgång innan dialogen startar. Förordet återfinns i Bilaga 1 samt på [länk](#). I bilagan finns även ett förslag på struktur för förberedelser och ansvarsområden.

3.2.2 Ett dialogstöd

Dialogstödet är således utvecklat utifrån kartläggningsmodellen 5P, som är en modell för att öka kunskap om en verksamhet genom att beskriva och kartlägga det utifrån fem domäner - **Purpose/syfte**, **Patienter**, **People/medarbetare**, **Processer**, **Patterns/mönster** (fritt översatt av författaren) (Nelson, o.a., 2008). Den grundläggande strukturen för dialogstödet utgörs av frågor utformade för att kartlägga och undersöka respektive P. Dialogstödet presenteras i Bilaga 2 och finns även att ladda ner [här](#).

En av grundprinciperna i Tillitsbaserad styrning och ledning är att se till helheten. För att få en bild av verksamheten som helhet, göra analyser och eventuellt dra slutsatser kring orsak-verkan, omfattar därför dialogstödet även frågor och områden som man traditionellt inte har följt upp. Exempel på det kan vara frågor som rör personal. Syftet med frågorna är således inte att vara värderande eller bedömande huruvida ett utfall är bra eller dåligt, utan syftar istället till att ge en ökad förståelse för orsakssamband och tillsammans genom dialogen upptäcka förbättringspotentialer hos verksamheten,

I möjligaste mån ska befintliga datakällor användas i samband med uppföljningsdialogen och förslag ges därför på var man kan hitta data som kan utgöra underlag vid flera av frågorna i en fördjupningsversion i Bilaga 4. En viktig aspekt vid uppföljning är att följa hur data har förändrats över tid och att vid analysen att ta i beaktande vilka olika faktorer som påverkar resultaten/nivån. Ett dialogstöd för uppföljning av vårdcentralens arbete med levnadsvanor bifogas i Bilaga 5.

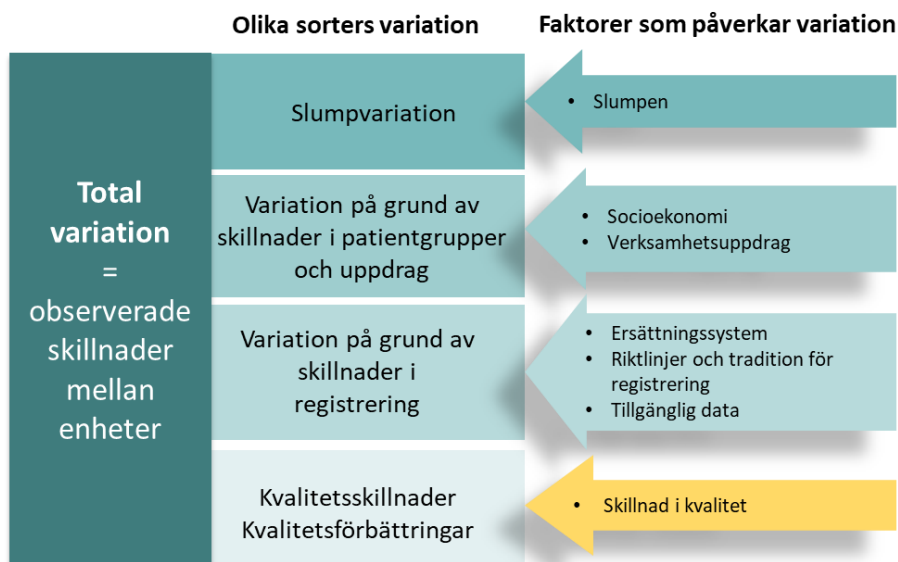
3.2.3 Struktur för dokumentation och återkoppling

Forskning visar att uppföljning ger mest effekt när återkoppling till den enskilda vårdcentralen sker i både verbal och skriftlig form (Ivers, o.a., 2012). En struktur för skriftlig dokumentation och återkoppling till vårdcentralen efter dialogen har därför tagits fram som stöd och omfattar en power point-presentation som sedan kan användas direkt i verksamheten för att på ett enkelt sätt sprida kunskap om slutsatser från uppföljningsdialogen. Detta är en viktig del bland annat med hänsyn till tillitens grundprincip om öppenhet. Nedan listas rubrikerna för återkopplingen som återfinns i Bilaga 3 och på [länken](#).

- Uppföljningsdialog utifrån 5P (bild på metoden 5P)
- Upplägg vid uppföljande videomöte
- Ett urval av styrkorna i verksamheten
- Förbättringsområden och frågor att fundera vidare över i verksamheten
- Lärdomar för uppföljningsteamet
- Lärdomar och medskick till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Tips på länkar till exempel på förbättringsarbeten
- Fler tips vid arbete med verksamhetsutveckling
- Tack för er medverkan och kontaktuppgifter (+ bild på Förbättringstrappan)

4. Stöd vid tolkning och analys av data

Många faktorer påverkar variation och utfallet av data. I Figur 6 beskrivs några av de mest framträdande faktorerna. En god kännedom av kontexten är således viktig. De flesta indikatorerna var för sig rymmer osäkerheter och tolkningsmöjligheter och ger därför inte utan sammanhang underlag för entydiga slutsatser (Elg, 2013). Därtill tillkommer även att *allt som är viktigt kan inte mätas, och allt som kan mätas är inte viktigt*.



Figur 6. Orsaker till variation i data och faktorer som påverkar variation

4.1.1 Slumpvariation

Slumpvariation beror på slumpmässiga förhållanden som alltid finns med som en förklaring till variation, speciellt på mindre vårdcentraler, där det ofta rör sig om få patienter. Små skillnader kan då få stor betydelse för andelsvärden.

4.1.2 Variation i patientgrupper och uppdrag

Variationer i den listade befolkningen, så kallad case-mix, påverkar data. Intressanta aspekter att undersöka vidare är till exempel socioekonomiska förhållanden, kön- och åldersfördelning inom den aktuella gruppen.

Även uppdragen för primärvårdens vårdenheter varierar, både mellan och inom regionerna. Uppdraget kan till exempel variera mellan städer och glesbygd, där primärvården ofta har ett bredare uppdrag och ansvarar för en större andel av

svårare och akut sjuka än i storstadsområden. Mellan regionerna finns stora skillnader i uppdrag, till exempel ansvar för palliativ vård eller hemsjukvården som bara i Stockholm ingår i vårdcentralernas uppdrag. Även uppdrag för lättare akut sjukdom, till exempel infektioner, skiljer sig genom att vissa tas om hand på vårdcentraler där patienten är listad medan de i andra regioner eller områden inom en region tas omhand av närakuter och jourcentraler. På vissa vårdcentraler, i vissa regioner, ingår rehabilitering med fysioterapi och arbetsterapi liksom psykoterapeutisk verksamhet i vårdcentralernas uppdrag, medan de på andra är organiserade helt eller delvis som egna enheter.

4.1.3 Variation på grund av skillnader i registrering och tillgänglighet till data

Kultur, rutiner samt om och hur olika yrkesgrupper registrerar diagnoser och åtgärds-koder varierar mellan såväl vårdcentraler som regioner. Yttre faktorer såsom ersättningssystem påverkar också registreringsmönstret till exempel genom att KVÅ-koder och diagnoskoder som är kopplade till ersättning registreras i högre utsträckning vilket ACG (Adjusted Clinical Groups - ett mått på vårdtyngd) är ett exempel på. Den här variationen är således något som går att påverka.

För flera privata vårdgivare är inte video- eller chatbesök sökbara. Video- och chatbesök hos så kallade webläkare (som ligger utanför vårdvalet) ingår inte alls.

Ytterligare en källa till variation kan vara om dosdispenserade läkemedel är möjligt att inkludera i datauttaget. Läkemedlen ska dock enligt lag vara registrerade i patientens läkemedelslista i journalen, men följsamheten till det varierar.

4.1.4 Kvalitetsskillnader och kvalitetsförbättringar

Även om det finns skillnader som inte beror på faktorerna ovan, kan det som återstår efter att övriga orsaker till variation har tagits med i beräkningen, vara variation i kvalitetsskillnader. Det behöver dock inte alltid vara det som till exempel vad gäller skillnader i sjukdomsprevalens, där såväl en låg som en hög siffra kan vara bra eller mindre bra. En hög siffra kan tyda på att man hittar många som har sjukdomen, men skulle också kunna bero på överdiagnostik. Omvänt kan en låg siffra betyda att många är friska eller att man inte identifierat alla sjuka.

De skillnader som till slut kvarstår behöver analyseras och diskuteras för att värdera om eventuella förbättringar behöver göras både på vårdnivå och regionnivå. Således kan variationen i kvalitetsskillnader och kvalitetsförbättringar också vara påverkbar och i uppföljningsdialogen bör fokus ligga på vad och hur man kan agera för att förbättra sina resultat här.

4.2 Tips på fördjupning i tolkning av data

Nedan listas rekommenderade förslag på fördjupning i tolkning av data.

- Innovationsrådets rapport av Mattias Elg om Mätningar för bättre styrning– att synliggöra och hantera variation för styrning och förbättring av offentlig verksamhet
<https://www.innovationsradet.se/vad-vi-gor/rapporter>
- Valideringshandboken från Nationella Kvalitetsregister
Valideringshandbok ger konkreta förslag och exempel på hur det går till att tolka och validera data
<https://kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok.1911.html>
- En skrift från Rådet för främjande av kommunala analyser, RKA - Analysera med nyckeltal.
Skriften syftar till att vara till stöd i analyser med avvikande resultat.
<https://rka.nu/radetforframjandeavkommunalaanalyser/analys/arbetamedanalys/analyseramednyckeltal.44673.html>
- Statistiska fallgröpar, SKR
Det finns många olika variabler som kan påverka resultatet i mätningar. Webbsidan ger råd som du kan ha med dig när du tolkar och jämför statistik för att undvika att hamna i fallgröpar.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/folkhalsa/styraochledafolkhalsa/folkhalsostatistik/undvikfallgropar.36222.html>

5. Kvalitetsindikatorer och datakällor

Den mest betydande förändringen sedan föregångaren, Basmodellen, är utvecklingen av PrimärvårdsKvalitet, som tillgängliggör indikatorer för framtagning av kvalitetsdata såväl lokalt, som regionalt och nationellt i syfte att stödja utveckling av vården. Eftersom tillgången på data således har ökat, har indikatorerna i denna version bytts ut mot ett indikatorbibliotek, där verksamheterna och uppföljarna själva kan välja vilka mått som är relevanta att följa och fördjupa sig i, utifrån aktuella behov hos verksamheten och dess patienter/befolkning (Glenngård, 2017).

PrimärvårdsUppföljning ger istället förslag på olika indicatorsamlingar, kvalitetsregister och andra datakällor som kan vara av värde vid uppföljning av primärvård för att förstå verksamheten bättre, följa utveckling av verksamheten och i vissa fall användas vid förbättringsarbete i verksamheten

5.1 Vården i siffror

Vården i siffror är ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård. Vården i siffror visar indikatorer och mått om till exempel behandlingar, behandlingsutfall, väntetider, hur nöjda patienterna är och vad vården kostar. Kvalitetsindikatorer och andra mått på Vården i siffror ger faktaunderlag för analys och dialog inom och mellan huvudmän och vårdgivare. Den primära målgruppen är personer som arbetar med hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och planering på olika nivåer. Redan idag redovisas data från vissa källor, t.ex. Nationella Diabetesregistret på vårdcentralsnivå.

<https://vardenisiffror.se>

5.2 PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet är det första kvalitetsregisterliknande kvalitetsutvecklingsverktyget för primärvård såväl nationellt som internationellt och har varit del av den nationella satsningen på kvalitetsregister. Kvalitetssystemet lanserades för bredare användande lokalt och nationellt under 2016. Många huvudmän har infört PrimärvårdsKvalitet och i maj 2021 kunde ca 85 % av alla Sveriges vårdcentraler se sina kvalitetsdata beräknade utifrån de nationella kvalitetsindikatorerna.

Syftet med PrimärvårdsKvalitet är att stödja vårdcentralers lokala förbättringsarbete, lärande i organisationen och i förlängningen befolkningens hälsoutfall. Ytterligare ett syfte är att såväl nationellt som regionalt synliggöra primärvårdens innehåll, arbete och resultat vilket kommer att visas på Vården i siffror. Arbetet med PrimärvårdsKvalitet samordnas av SKR och för att stärka och

säkra förankringen i mikrosystemet leds arbetet av en tvärprofessionell arbetsgrupp med bred primärvårdskompetens. Indikatorerna beräknas automatiskt med utgångspunkt från befintliga källor (till exempel journaldata, läkemedelsdata, patientadministrativa system) och visas i den lokala vårdgivarens visningsyta samt på Vården i siffror. Samarbete pågår för att möjliggöra patientrapporterad data framöver.

<http://primarvardskvalitet.skl.se/>

5.3 Nationell patientenkät

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Patienters synpunkter på vården är en viktig källa för att ständigt förbättra vården.

Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv samt vara ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning.

<https://patientenkät.se/sv/>

5.4 Socialstyrelsens indikatorer

I arbetet med nationella riktlinjer tar Socialstyrelsen fram indikatorer för att kunna följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis. Indikatorerna kan användas för att följa utvecklingen och förbättringen av kvaliteten i vården och omsorgen.

Indikatorerna speglar framförallt de viktigaste rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, men även vårdresultat som bedöms vara viktiga att följa över tid. Många av Socialstyrelsens indikatorer som är aktuella för primärvård återfinns i PrimärvårdsKvalitet.

En förteckning över befintliga områden med indikatorer finns på:

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-indikatorer/>

5.5 Väntetider i vården – nationella tillgänglighetsdatabasen

På Väntetider.se finns sammanställd statistik och resultat från tillgänglighetsuppföljningen i Sveriges alla regioner och ger en översikt över läget i Sverige, eller gå in på en enskild region, vårdcentral, sjukhus eller motsvarande och ta del av aktuella siffror. Webbplatsen riktar sig framförallt till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, utförare inom hälso- och sjukvården, politiker och samhällsbevakare, men också till allmänheten.

<https://www.vantetider.se>

5.6 Folkhälsostatistik

För att kunna påverka folkhälsan behöver man veta, följa upp och analysera hälsoläget i befolkningen (folkhälsoläget) för att såväl främja hälsa och förebygga sjukdom som förbättra den hälso- och sjukvård vi har. Folkhälsa spänner över ett brett område och innehåller såväl uppgifter om livsvillkor, levnadsvanor som hälsoutfall. En stor utmaning inom folkhälsa är att det är stora skillnader i hälsa och det som påverkar hälsan – denna jämlikhetsaspekt kan du se i de kommunspecifika rapporter som SKR har tagit fram för ett urval av centrala indikatorer ur Öppna jämförelser folkhälsa samt Strategi för hälsa. Rapporterna kan användas som underlag i analys- och förbättringsarbetet. På webbplatsen finns färdiga kommunrapporter samt förslag på ytterligare källor för folkhälsostatistik – bland annat Kolada där det finns färdiga tabeller över folkhälsa.

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/folkhalsa/styraochledafolkhalsa/folkhalsostatistik.36059.html>

5.7 Relevanta kvalitetsregister för primärvården

Utöver PrimärvårdsKvalitet finns ett antal kvalitetsregister som kan vara användbara i primärvården och som presenteras nedan. För alla kvalitetsregister som är verksamma i primärvård gäller att det är viktigt att ta hänsyn till hur stor täckningsgraden är, alltså hur många vårdcentraler som deltar och hur komplett registreringen är genom validering av data. I vissa fall är denna uppgift tillgänglig på hemsidorna.

5.7.1 RiksSår

RiksSår är ett kvalitetsregister som kan användas vid svårläkta sår. Det är ett kliniskt värdefullt verktyg för struktur och ökad kunskap genom checklistor, web-utbildning, rapporter över verksamhetens resultat och förbättringsområden. RiksSår erbjuder även hälso- och sjukvården en bild av sårproblematiken på nationell nivå.

<https://www.rikssar.se>

5.7.2 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för vårdkrävande ohälsa för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

<https://plus.rjl.se/senioralert>

5.7.3 SveDem

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister med syftet att samla in data om vård för personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av

demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.

<https://www.ucr.uu.se/svedem>

5.7.4 Nationella Diabetesregistret

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att en god multimodal diabetesvård kan fördröja och förhindra diabeteskomplikationer. NDR är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att underlätta ett systematiskt förbättringsarbete i diabetesvården av vuxna.

<https://ndr.nu>

5.7.5 Luftvägsregistret

Syftet är att kartlägga Sveriges astma/KOL-vårds kvalitet och patientens livskvalitet. Syftet är också att en enskild verksamhet ska kunna använda registret i förbättringsarbetet.

<https://lvr.registercentrum.se>

5.7.6 RiksSvikt

RiksSvikt är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att samla in data om personer som får vård för hjärtsvikt för att kunna förbättra och utveckla vården av hjärtsvikt i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med hjärtsvikt. Deltagandet från primärvårdsenheter är begränsat.

<https://www.ucr.uu.se/rikssvikt>

5.7.7 BOA – Bättre Omhändertagande av patienter med Artros

BOA är ett nationellt kvalitetsregister och är en förkortning som står för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. Registret mäter resultat av interventioner som utförs av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Syftet med BOA-registret är att följa upp och optimera grundbehandling för patienter med artros. Med hjälp av registret utvärderas effekterna av behandlingen för artros på upplevd hälsa, livskvalitet och fysisk aktivitetsnivå. BOA-registret används för förbättringsarbete och verksamhetsuppföljning inom artrossjukvården. Det används också för forskning om artros.

<https://boa.registercentrum.se/>

Tack för värdefulla synpunkter under arbetet

Johan Thor, Jönköping University, Region Stockholms län
Christine Feuk, SKR
Anna Häger Glenngård, Lunds universitet
Johanna Eriksson, Region Uppsala
Mats Norman, Region Uppsala
Sofia Kialt, QRC Stockholm - Gotland
Roland Olofsson Dolk, Region Kronoberg
Magnus Thureson, Region Uppsala
Eva Fransson, Region Örebro län
Katrín Rekkedal, Region Stockholms län
Jenny Björk, QRC Stockholm - Gotland
Eva Arvidsson, Region Jönköpings län
Asghar Farahani, Region Sörmland,
samt de som deltagit som studiedeltagare

Referenser

- Adler, P. S. (2001). *Market, hierarchy and trust: The knowledge economy and the future of capitalism*. Organization science.
- Anell, A. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*. SNS Förlag.
- Bergman, M. (2017). *Tillit, offentlig upphandling och konkurrensutsättning av välfärdstjänster, PM för Tillitsdelegationen*. Stockholm.
- Bornemark, J. (2018). *Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas världsherravälde*. Volante.
- Bringselius, L. (. (2018). *Styra och leda med tillit - forskning och praktik*. Stockholm: Tillitsdelegationen.
- Bringselius, L. (2017). *Tillitsbaserad styrning och ledning: ett ramverk*. Retrieved 2019, from <https://tillitsdelegationen.se/wp-content/uploads/2017/11/tillitsbaserad-styrning-och-ledning.pdf>
- Elg, M. (2013). *Mätningar för bättre styrning - att synliggöra och hantera variation för styrning och förbättring av offentlig verksamhet*. Stockholm: Innovationsrådet, Statens offentliga utredningar.
- Glenngård, A. (2017). *KEFU 2:5 Dialog och prestationsmätning - Mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård*. Lund: KEFU - Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J., Odgaard-Jensen, J., French, S., . . . Oxman, A. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(6), CD000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub3.
- Mayer, D. S. (1995). *An integrative model of organizational trust*. Academy of management review.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *En primär angelägenhet*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *Visa vägen i vården - ledarskap för stärkt utvecklingskraft*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by Design*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Regeringen. (2018). *Med tillit växer handlingsutrymmet - tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn, SOU 2018:47*. Retrieved 2019, from <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2018/06/sou-201847/>
- Regeringskansliet. (2019). *Digifysiskt vårdval - tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet SOU 2019:42*. Stockholm : Regeringskansliet.
- Riksrevisionen. (2014). *Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan?*
- Seddon, J. (2008). *Systems Thinking in the Public Sector*. Triarchy Press.
- Socialstyrelsen. (2011). *Föreskrift och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (SOSFS 2005:12). *God vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statskontoret. (2015). *Vägen till en lärande och effektiv förvaltning*.
- Svenska läkarsällskapet, SLS. (2020, februari 13). [www.sls.se](https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/kollegial-kvalitetsdialog-i-primarvarden-_rapport_final.pdf). Retrieved from https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/kollegial-kvalitetsdialog-i-primarvarden-_rapport_final.pdf

Bilagor

Bilaga 1 Förord till UppföljningsDialog som till exempel kan skickas till vårdcentralen inför dialogmötet

[Länk för nedladdning av förordet](#)

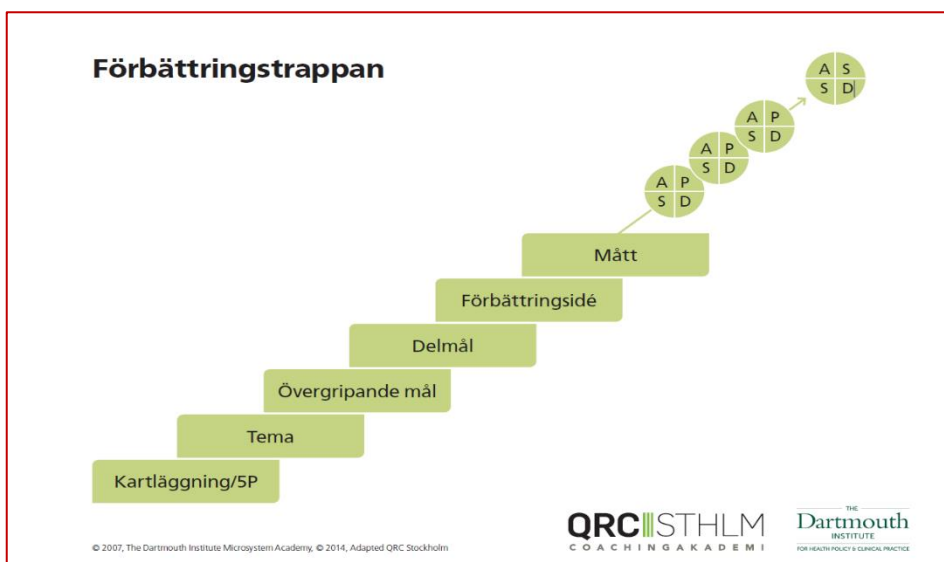
Bakgrund

Ett behov av att ta fram en tillitsbaserad metod för uppföljning av primärvården i dialogform har identifierats av olika aktörer, bl.a. regioner, myndigheter, regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Metoden kallas UppföljningsDialog och utgår från evidens och bästa tillgängliga kunskap som sammanfattas i nedan kriterier. Metoden testad på sex vårdcentraler i fyra olika regioner.

God uppföljning av vårdverksamheter bör:

1. Vara användarvänlig för deltagande parter
2. Främja tillit mellan deltagande parter
3. Främja utveckling och lärande för deltagande parter
4. Skapa värde för deltagande parter och de verksamheten är till för
5. Ta hänsyn till verksamhetens komplexa natur
6. Vara resurseffektiv

Förbättringstrappan

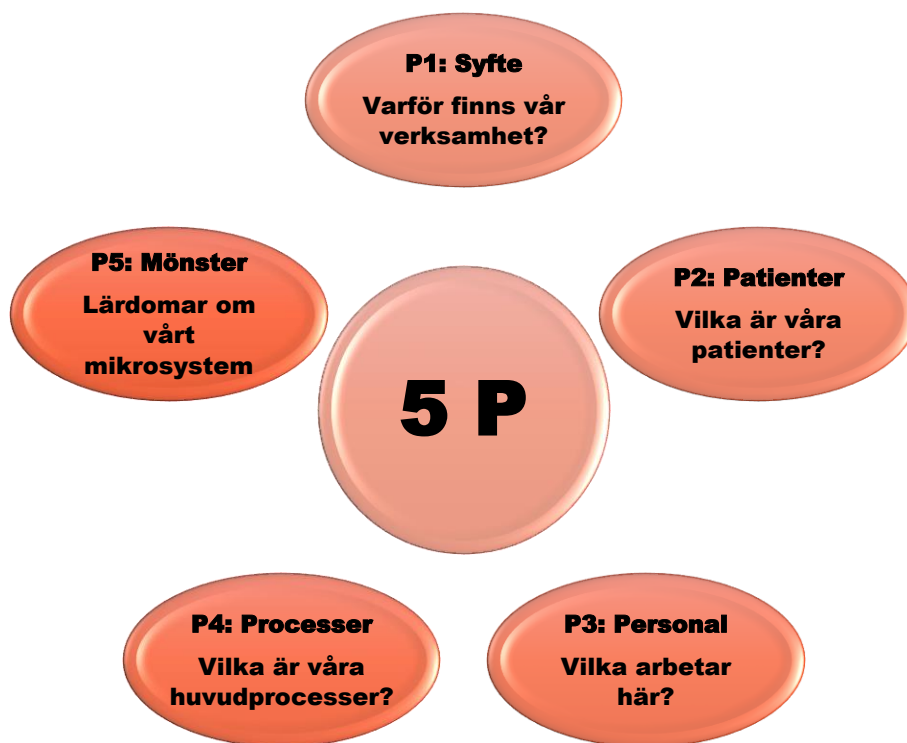


Förbättringstrappan är en läromodell och struktur för utvecklingsarbete. Metoden för UppföljningsDialogen syftar till att stödja det första steget i trappan och har

därför ett upplägg baserat på kartläggningsmodellen 5P som beskrivs nedan. Följande trappsteg ansvarar sedan verksamheten för.

Teoretisk bakgrund

UppföljningsDialogen baseras på 5P som är en modell för att beskriva ett mikrosystem, till exempel en vårdcentral. Syftet med att utgå ifrån 5P är att ta det första steget i förbättringstrappan. Även andra steg i förbättringstrappan stöds av Uppföljnings-Dialogen.



Quality by Design – A Clinical Microsystems Approach;

E. Nelson, P. Batalden, M Godfrey

Tillit



Tillitsdelegationens forskningsantologi *Styra och leda med tillit* omfattar ett ramverk som beskriver tillitsbaserad styrning och ledning och föreslår 7 grundläggande principer som kan användas vid omsättning av tillitsstyrning i praktiken. De 7 grundprinciperna beskrivs nedan:

1. **Tillitsfulla relationer** – att välja att lita på de du samarbetar med och tro gott om dem
2. **Medborgarfokus** – fokusera på de vi är till för och ska skapa värde för och med
3. **Helhetssyn** – att se till helheten i och utanför verksamheten
4. **Handlingsutrymme** – skapa förutsättningar för medarbetarna att göra ett gott jobb och skapa handlingsutrymme genom medbestämmande, delegering och tydliggörande av mandat.
5. **Stöd** – säkerställande av verksamhetens behov av stöd för professionella, administrativa och psykosociala frågor
6. **Kunskap** – förstärkning av kunskapsutveckling, lärande och en praktik baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet
7. **Öppenhet** – att värna om öppenhet vad gäller information, olik-tänkande och kritik

Nära vård

Tillitsbaserad ledning och styrning går i linje med utgångspunkterna för omställningen till Nära vård, vars målbild och kärnvärden beskrivs nedan. Metodstödet har därför tagit hänsyn till flera aspekter för att stödja förflyttningen.

Målbild

En god och nära vård;

- utgår från individuella förutsättningar och behov
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit

Kärnvärden för att nå målbilden

Alla åtgärder behöver:

- Utgå från patientens individuella förutsättningar och behov
- Utgå från att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser uppströms är det mest rationella arbetssättet
- Utgå från att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet
- Bidra till jämlik vård för jämlik hälsa
- Bidra till trygghet och självständighet
- Skapas tillsammans med gemensamt ansvarstagande och tillit

Struktur för uppföljningsdialog på vårdcentral

Vårdcentral	Beställarorganisation	Utvecklingsavdelning
Inför uppföljningsdialogen		
Välj ut 2-3 områden som är extra viktiga att diskutera	Välj ut 2-3 områden som är extra viktiga att diskutera	Välj ut 2-3 områden som är extra viktiga att diskutera
Översiktlig koll på verksamhetens resultat utifrån tillgänglig data, t.ex. Medrave, Nationella patientenkäten (NPE), data från ev. andra IT-system	Översiktlig koll på den aktuella verksamhetens resultat utifrån tillgänglig data	Översiktlig koll på den aktuella verksamhetens resultat utifrån tillgänglig data t.ex. NPE, Vården i siffror
Under uppföljningsdialogen		
Ansvarsområde: Presentera data (på storbildsskärm)	Ansvarsområde: Dokumentering Deltagare: Intervjuare, ev. bisittare	Ansvarsområde: Dokumentering Deltagare: Intervjuare, ev. bisittare

Deltagare: Verksamhetschef, MAL, medarbetarrepresentant etc.		
---	--	--

Bilaga 2 Dialogstöd

[Länk till nedladdning av dialogstödet](#)

Samtal med verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare, enhetschefer, personer i ledningsgrupp etc.	
Kl. 8.30-9.30	Presentationsrunda Inledning Genomgång av P1 – P3
Deltagare	Klicka eller tryck här för att ange text.

P1: Personal (Persons)	
Vilka arbetar här?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur är arbetsmiljön?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur mår medarbetarna? Utveckling av sjukskrivningstal? Könsskillnader?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur upplever medarbetare verksamheten? Reflektioner kring medarbetarenkät?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur ser upplägget ut för fortbildning? (Både professionsspecifikt och interprofessionellt)	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur ser utbildningsinsatser för studenter ut för olika yrken?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Finns det några interprofessionella utbildningsmoment för	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.

studenter som praktiserar i verksamheten?	
Pågår någon forskning på vårdcentralen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.
Interagerar ni med någon annan vårdcentral?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.
Framtida utmaningar kring utbildning? Fortbildning? Bemanning? Arbetsmiljö?	Klicka eller tryck här för att ange text.

P2: Verksamhetens syfte – vision och motivation (Purpose)

Hur ser verksamhetens egen verksamhetsidé och vision ut?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur arbetar verksamheten med att motivera? Hur skapas förändringskraft?	Klicka eller tryck här för att ange text.

P3: Patienter

Hur ser patientgruppen ut? T. ex. ålder, kön, socioekonomiska faktorer, CNI, ACG?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Titta på data i Nationell patientenkät – hur utvecklas resultaten?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Planeras några åtgärder utifrån resultaten i Nationell patientenkät?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Följer ni några patientrapporterade mått avseende medicinska resultat (PROM) och/eller upplevelse av verksamheten (PREM)? PROM = Patient Reported Outcome Measures	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.

PREM = Patient Reported Experience Measures	
Hur arbetar vårdcentralen med personcentrering?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur identifieras olika behov hos patienterna? T.ex. med segmenteringsmodell	Klicka eller tryck här för att ange text.

Kl. 9.30 - 9.45	Kaffepaus
Kl. 9.45 - 10.45	Genomgång av P4

P4: Processer - utveckling, kvalitet och rutiner (Processes)	
Organisation och ledning	
Hur är verksamhetens arbete organiserat?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur arbetar ni med e-hälsa?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Finns det ett lednings-system och hur fungerar det?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur ser ledningsstrukturen ut kortfattat?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Tillhörighet till större koncern? Planeras ändringar?	
Finns det en upplevelse av att verksamheten har mandat att utveckla VC?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur utvecklas ekonomin för verksamheten? Finns det rimliga förutsättningar att klara av att driva en bra verksamhet? Upplevelse av att kunna påverka ekonomin?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Finns det särskilda utmaningar avseende mål och resurser?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.
Är det något med era lokaler som behöver förbättras för patienterna? För personalen?	För patienterna: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> För personalen: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur bedrivs miljöarbete? Potentiella vidareutvecklingsområden?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Utförs någon del av uppdraget av underleverantörer? Hur följs dess kvalitet upp?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.

Patientsäkerhet	
Hur bedrivs arbete med patientsäkerhet?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Finns några utmaningar vad gäller patientsäkerhet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur utvecklas patientsäkerhetsmått i PrimärvårdsKvalitet?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur fungerar avvikelserapportering?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Tankar kring utveckling av antalet ärenden till patientnämnden? Lex Maria?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Har patientsäkerhetskulturmätning genomförts? Reflektioner kring resultatet?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Reflektioner kring senaste patientsäkerhetsberättelsen?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Hur fungerar processen kring införande av Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp?	Klicka eller tryck här för att ange text.
---	---

Utveckling	
Hur bevakas och omsätts ny kunskap och evidens i arbetssätten? (T.ex. riktlinjer och vårdprogram)	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur sker lärande om verksamheten och arbetssätt?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur arbetar verksamheten med förbättringsarbete?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur är förbättringskunskapen hos medarbetarna?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Vilka förbättringsarbeten har genomförts och är pågående?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Vilka förbättringsarbeten planeras? Identifierade förbättringsområden?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur involveras patienter i förbättringsarbetet?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Finns det exempel på användning av PrimärvårdsKvalitet i kvalitetsarbetet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Klicka eller tryck här för att ange text.

Titta på data gemensamt	
Vilka datakällor används för att följa verksamheten?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur är olika diagnosgrupper fördelade?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Vilka diagnosgrupper står för flest besök?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur ser utvecklingen av resultat ut för era olika patientgrupper? Förekommer könsskillnader inom gruppen?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Identifieras några skillnader i jämförelse med andra enheter?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Vilka förbättringsområden kan identifieras?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Utmaningar och behov av stöd i det fortsatta kvalitetsarbetet?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Konkret exempel	
<ol style="list-style-type: none"> Välj ett område att titta närmare på (t.ex. stroke) Vad tänker ni om det? Vad skulle ni kunna ändra för att skapa en förändring? Finns det något ni kan göra redan imorgon? Vilka vinster finns det med att åstadkomma förändringen? (Ökad livskvalitet för patienten, arbetsglädje, bättre ekonomi och resurshållning, ökad kunskap) 	Klicka eller tryck här för att ange text.

Kontinuitet

Hur ser kontinuiteten ut på mottagningen?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur stor andel av patienterna har fast läkare?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur ser rutiner ut för att erbjuda och registrera fast vårdkontakt/fast läkarkontakt?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur många listade patienter har respektive läkare?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Utmaningar i att erbjuda/upprätthålla kontinuitet?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Prevention och levnadsvanor	
Finns det en struktur för hur hälsosamtal erbjuds?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Lokal organisation av livsstilmottagningen/ preventionsarbetet? Ansvarig ssk? Läkare? Rutiner?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Förbättringspotential i PrimärvårdsKvalitet gällande levnadsvanor?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Används patientrapporterad data/mått avseende levnadsvanor?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Utmaningar i arbetet med förebyggande verksamhet?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur arbetar mottagningen med våld i nära relationer?	

Samverkan	
Hur sker samverkan med andra aktörer och vårdgivare? T.ex. SIP, trygg och säker utskrivning vid sjukhusinläggning, kommunen	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur arbetar ni med individer med komplexa vårdbehov?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur fungerar arbetet med sjukskrivning? Tillgång till rehabkoordinator?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Sker någon samverkan med civilsamhället, t.ex. PRO, kyrkan, Röda korset?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur fungerar hanteringen av inkommande remisser? Utrymme för effektivisering?	Klicka eller tryck här för att ange text.

KI. 10.45 – 11.00	Rundvandring på VC
KI. 11.00 – 12.00	Genomgång av P5

P5: Mönster i verksamhetens utveckling (Patterns)	
Besöksmönster	
Hur ser fördelningen mellan olika sorters besök ut?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur ser "äkta täckningsgrad" ut? (andel av listade patienter som besökt enheten senaste året)	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur många patienter är "mångsökare" (mer än 10 läkar- eller ssk-besök/år)?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Hur har antalet besök utvecklats i jämförelse med föregående år?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur utvecklas listningsstatistiken för pålistning och avlistning/omsättning?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Arbete och system för prioriteringar i verksamheten	
Reflektioner kring arbete med den etiska plattformen i praktiken? (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen)	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur identifierar och hanterar enheten bortträngningseffekter?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur synliggörs vårdbehov hos patienter med nedsatt autonomi?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur är hemsjukvård och vård för patienter på sjukhem organiserad?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Görs planerade hembesök/återbesök av läkare med strukturerad läkemedelsuppföljning minst 1 gång per år	Klicka eller tryck här för att ange text.
Hur fungerar rutiner för tolksamtal?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Ger befolkning- och diagnosstatistiken anledning att omprioritera i verksamheten och dess utformning?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Tillgänglighet

Öppettider/Mottagnings-tider/Telefontider?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Tillgänglighet för akut, subakut och kroniskt sjukdom?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Tillämpas någon form av kallelsesystem för patienter med kronisk sjukdom?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Telefontillgänglighet?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Vilka utmaningar finns vad gäller tillgänglighet?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Kl. 12.00 – 13.00	Lunch
Kl. 13.00 – 14.00	Samtal med medarbetare från olika professioner
Kl. 14.00 – 14.30	Sammanfattning och återkoppling

Sammanfattning	
Vad gör ni bra?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Vad ska ni jobba vidare med?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Föreligger någon indikation för fördjupad uppföljning?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Återkoppling till uppföljningsteamet	
Vad var bra?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Vad behöver bli bättre?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Vad skapar värde för den egna verksamheten?	Klicka eller tryck här för att ange text.
Inbokning av uppföljningsmöte? Önskemål om något fokusområde då?	Klicka eller tryck här för att ange text.

Bilaga 3 Förslag på dokumentation och återkoppling efter genomförd UppföljningsDialog

[Länk till nedladdning av ppt-mall](#)



Vid uppföljande videomöte

- Reflektioner efter förra mötet?
- Ytterligare feedback på själva metoden för uppföljningsdialogen eller på metoden för återkopplingen?
- Vad kommer ni att arbeta vidare med?
- Har ni valt ut några mått att fortsätta följa?

Ett urval av styrkorna i verksamheten

- xxx

Förbättringsområden och frågor att fundera vidare över

- xxx

Lärdomar för uppföljningsteamet

- xxx

Medskick och lärdomar för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

- XXX

Fler tips

- Patientsamverkan: <https://qrcstockholm.se/patientsamverkan/verktygslada>
- PDSA-modellen i digital form för arbetsplatsen: www.genombrott.nu
- Ledarskap och förbättringsarbete: www.attledaforbastamojligavard.se
- Vidareutbildning i förbättringsarbete: <https://qrcstockholm.se/coachingakademin/utbildning/forbattningscoach-15-hp/>
- Modell för att undersöka VCs patientgrupper och deras behov: <https://skl.se/download/18.5e588ed415aa6ecabde9f48f/1489484509965/Beteenden%20och%20behov%20hos%20personer%20i%20kontakt%20med%20v%C3%A5rden.pdf>

Stort tack för er medverkan!

**Bra jobbat!
Hälsar**

XXX



Bilaga 4 Fördjupningsfrågor och datakällor vid uppföljningsdialogen

Fördjupningsdel UppföljningsDialog - följdfrågor och förslag på datakällor	
Samtal med verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare, enhetschefer, personer i ledningsgrupp etc.	Fördjupningsfrågor och förslag på datakällor
Kl. 8.30-9.30 Genomgång av P1-P3	
Inledning	
Presentationsrunda	
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"? Vakanser, förestående pensioneringar, nyrekrytering?
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? Bemanning? Arbetsmiljö?	
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 (PROM) och/eller upplevelse av verksamheten (PREM)? PROM = Patient Reported Outcome Measures PREM = Patient Reported Experience Measures	
Hur arbetar vårdcentralen med personcentrering?	
Hur identifieras olika behov hos patienterna? T.ex. med segmenteringsmodell	

KI. 9.30-9.45 Kaffepaus	
KI. 9.45-10.45 Genomgång av P4	
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?	Använder man egna eller andras (underleverantörers) digitala vårdtjänster/kanaler? Vilka tjänster? Förekomst/inslag av egenmonitorering?
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? Finns det rimliga förutsättningar att klara av att driva en bra verksamhet? Upplevelse av att kunna påverka ekonomin?	Reflektioner kring senaste upprättade årsredovisningen? Förvaltningsberättelse?
Finns det särskilda utmaningar avseende mål och resurser?	Möjlighet att hantera/påverka kostnader? Utveckling i förhållande till verksamhetens egna mål?
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?	

Utförs någon del av uppdraget av underleverantörer? Hur följs dess kvalitet upp?	
Patientsäkerhet	
Hur bedrivs arbete med patientsäkerhet?	Hur definieras patientsäkerhet? Återkoppling kring och lärande av avvikelser? Kännedom om arbetet med Missade diagnoser? Se t.ex. www.skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket
Finns några utmaningar vad gäller patientsäkerhet?	
Hur utvecklas patientsäkerhetsmåten i PrimärvårdsKvalitet?	Se särskild rapport med urval av indikatorer i PrimärvårdsKvalitet som speglar utvecklingen av patientsäkerhet.
Hur fungerar avvikelserrapportering?	
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)?	
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?	Verktyslåda för patientinvolvering: https://qrcstockholm.se/patientsamverkan/verktyslada 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?	Andra datakällor från t.ex. läkemedelskommittén, kvalitetsregister, informationsläkare etc
Hur är olika diagnosgrupper fördelade?	Se diagnosstatistik - Medrave/annat system för verksamhetsdata
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? För övrig personal? För patienter med kronisk sjukdom?
Hur stor andel av patienterna har fast läkare?	
Hur ser rutiner ut för att erbjuda och registrera fast vårdkontakt/fast läkarkontakt?	
Hur många listade patienter har respektive läkare?	Förekommer listning på andra professioner?
Utmaningar i arbetet med kontinuitet?	
Prevention och levnadsvanor	
Finns det en struktur för hur hälsosamtal erbjuds?	
Lokal organisation av livsstilmottagningen/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 sjukhusinläggning, kommunen	T.ex. Försäkringskassan, kommunal verksamhet (socialtjänst, hemtjänst, hemsjukvård), sjukhus/organspecialister? 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?	
Hur fungerar hanteringen av inkommande remisser? Utrymme för effektivisering?	
KI. 10.45-11.00 Rundvandring på VC	
KI. 11.00-12.00 Genomgång av P5-6	
P5: Mönster i verksamhetens utveckling (Patterns)	
Besöksmönster	
Hur ser fördelningen mellan olika sorters besök ut?	Resultat för besöksstatistik i Medrave/annat system
Hur ser "äkta täckningsgrad" ut? (andel av listade patienter som besökt enheten senaste året)	
Hur många patienter är "månsökare" (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 utvecklats i jämförelse med föregående år?	
Hur utvecklas listningsstatistiken för pålistning och avlistning/omsättning?	
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 - Medrave/annat system för verksamhetsdata
Tillgänglighet	
Öppettider/Mottagningstider/Telefontider ?	
Tillgänglighet för akut, subakut och kroniskt sjukdom?	
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 5 Fördjupningsdel kring levnadsvanor - metod för praktiskt utförande av uppföljningsdialog på vårdcentral

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 Ohälsosamma levnadsvanor – framgångsfaktorer för prevention och behandling, SKR 2018.

Läs mer på:

<https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/ohalsosamma-levnadsvanor.html>

PrimärvårdsUppföljning

De flesta regioner arbetar idag med att vidareutveckla sina uppföljningsformer. Ömsesidigt lärande ger bättre kvalitet. Samarbete och arbetsfördelning kan också förenkla utvecklingsarbetet. Ökad enhetlighet när så är möjligt och lämpligt, kan förenkla för både huvudmännen och vårdgivarna.

En modell för uppföljning av primärvård i linje med behov och ambitioner som delas av många, kan ge utgångspunkt för varje regions eget beslut om uppföljning och kontroll av primärvård.

Första versionen av *Basmodell för uppföljning av primärvård* gavs ut 2014 och tillkom efter en kartläggning som visade på betydande skillnader hur regioner arbetar med uppföljning av primärvård, samtidigt som ambitioner och synsätt var likartade.

Metoden som här beskrivs har influerats av debatten om allt för omfattande och tidsödande uppföljning på verksamhetsnivå, samt en bristande tillit till professionen och verksamhetens förmåga. Förutsättningarna för uppföljning har förändrats i och med införandet av PrimärvårdsKvalitet som ger tillgång till nationella kvalitetsindikatorer för uppföljning av primärvård.

PrimärvårdsUppföljning grundar sig i ett vetenskapligt arbete och är framtagen av en arbetsgrupp inom SKR. Arbetet har skett i samråd med representanter från regionernas vårdvalnätverk samt en referensgrupp med vetenskaplig och praktisk förankring i uppföljningsarbete.

Upplysningar om innehållet
Lars Kolmodin, lars.kolmodin@skr.se
Stina Gäre Arvidsson, stina.garearvidsson@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2021
ISBN: 978-91-7585-856-2
Produktion: SKR