

Basmodell för uppföljning av primärvård

VERSION 1

Förord

Sveriges Kommuner och Landsting gjorde våren 2013 en kartläggning av hur landsting och regioner arbetar med uppföljning och kontroll av primärvård ur ett beställarperspektiv. Arbetet utgick från diskussioner i SKL:s Vårdvals nätverk och ingick som en del i det övergripande projektet Kvalitetssäkrad välfärd.

Kartläggningen visade att det finns betydande skillnader i landstingens sätt att arbeta med frågan. Samtidigt finns det en stor kärna av likartade ambitioner och synsätt.

De flesta landsting arbetar idag med att vidareutveckla sina uppföljningsformer. Ömsesidigt lärande kan ge bättre kvalitet. Samarbeta och arbetsfördelning kan också förenkla en del av utvecklingsarbetet. Ökad enhetlighet när så är möjligt och lämpligt, kan dessutom förenkla för vårdgivarna.

En basmodell för uppföljning av primärvård har med utgångspunkt i detta tagits fram. Ambitionen med modellen har varit att den ska ligga i linje med behov och ambitioner som delas av många. Den ska kunna utgöra utgångspunkt för varje landsting och regions eget beslut om uppföljning och kontroll av primärvård. Modellen ska bygga på sådant som finns eller håller på att utvecklas i landsting och regioner, tanken är att koppla ihop befintlig kunskap och kompetens.

Basmodellen är framtagen av en arbetsgrupp ledd av Sören Berg inom SKL:s vårdvals nätverk och är en del av den prioriterade satsningen på kvalitetssäkrad välfärd. För att säkerställa att modellen passar in i den bredare helheten har avstämningar gjorts med andra projekt och satsningar som ur andra perspektiv arbetar med likartade frågor.

Denna rapport går att ladda ner från www.skl.se/publikationer.

Leena Ekberg svarar på frågor om rapporten.

Stockholm i maj 2014

Lennart Hansson

Sektionen för demokrati och styrning

Innehåll

Introduktion	5
Vad basmodellen är	5
Hur modellen tagits fram	5
Arbetsgruppen inom SKL:s vårdvals nätverk	5
Struktur	6
Metoderna	6
Enskild uppföljningsdialog	6
Gemensam dialog	6
Särskilda fördjupningar	6
Årlig analys	6
Indikatorerna	7
Förutsättningar	7
Verksamhet	7
Struktur	7
Kvalitet i arbetet	7
Metoder	8
Enskild uppföljningsdialog	8
Gemensam dialog	9
Särskilda fördjupningar	9
Fördjupad riskbaserad uppföljning	9
Fördjupad tematisk uppföljning	9
Samlad årlig analys	10
Indikatorer	11
Förutsättningar	11
Uppgifter om förhållanden som huvudsakligen ligger utanför verksamhetens egen kontroll	11
Verksamhet	11
Uppgifter om verksamhetens omfattning	11
Struktur för kvalitet	12
Indikatorer som belyser de strukturella förutsättningarna för kvalitet	12
Kvalitet	13
Indikatorer som belyser kvaliteten i verksamheten	13
Patientupplevd kvalitet	13
Medicinsk kvalitet	13
Patientsäkerhet	16

Introduktion

Vad basmodellen är

Basmodellen är avsedd att vara ett stöd för varje landstings/regions eget beslut om metoder och indikatorer för uppföljning av primärvårdsverksamhet.

Modellen är avsedd för relationen mellan uppdragsgivare/beställare och enskilda vårdcentraler/hälsocentraler, oavsett driftform. Syftet är att kvalitetssäkra och stödja utveckling i den verksamhet som utförs med landstingets/regionens resurser.

Modellen är utformad för att passa in i en bredare helhet. Ramarna anges bland annat i Socialstyrelsens föreskrift om systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Kopplingar finns bland annat till arbetet med kvalitetsregister, till ersättningssystemen och till frågan om sanktioner.

Ambitionen är att många landsting/regioner ska välja att använda och successivt vidareutveckla en gemensam kärna av metoder och indikatorer. På så sätt kan man nå ökad jämförbarhet, enklare hantering och effektivare utveckling.

Hur modellen tagits fram

De metoder, indikatorer och begrepp som finns i modellen bygger på sådant som redan har utvecklats eller håller på att utvecklas i andra sammanhang. Goda exempel från olika håll i landet har sammansmälts till en bas av metoder och indikatorer som bör kunna passa många landsting/regioner.

Modellen är framtagen av en arbetsgrupp inom SKL:s vårdvals nätverk, som en del av den prioriterade satsningen på kvalitetssäkrad välfärd. För att säkerställa att modellen passar in i den bredare helheten har avstämningar gjorts med andra projekt och satsningar som arbetat/arbetar med likartade frågor ur andra perspektiv.

Arbetsgruppen inom SKL:s vårdvals nätverk

Landstinget Blekinge: Christina Holgersson och Cecilia Klüft Frih, Landstinget i Jönköpings län: Jenny Abrahamsson, Oskar Liljebäck och Jenny Nilsson, Landstinget i Kalmar län: Sofia Barakat, Region Skåne: Eva Theander, Stockholms läns landsting: Linda Ottebjer, Landstinget i Uppsala län: Maj Sölvesson, Västerbottens läns landsting: Helen Björklund och Eva Grahn, Landstinget i Västernorrland: Eva Oskarsson, Västra Götalandsregionen: Rose-Marie Nyborg och Katarina Orrbäck, Landstinget i Östergötland: Anna-Karin Löfsved, SKL: Sören Berg och Leena Ekberg

Struktur

Modellen har två huvuddelar: **Metoder och Indikatorer**. Metodavsnittet handlar om hur uppföljningsarbetet praktiskt kan gå till. Avsnittet om indikatorer beskriver mått och data som kan användas i uppföljningsarbetet.

Metoderna

Metoderna är utvalda för att åtminstone på sikt kunna fungera i hela landet, och för att med rimlig arbetsinsats kunna ge förutsättningar för meningsfulla samtal och bedömningar. Avsnittet beskriver fyra olika metodtyper som är tänkta att användas parallellt.

Enskild uppföljningsdialog

Reguljär uppföljning av den enskilda vård-/hälsocentralen.

Gemensam dialog

Reguljär uppföljning av primärvårdens generella läge och utvecklingsbehov.

Särskilda fördjupningar

Kompletterande fördjupningar vid särskilda behov, t ex om det framkommer tecken på särskilda problem eller brister inom någon verksamhet, eller om man ser behov av fördjupad kunskap inom något särskilt område.

Årlig analys

Samlad analys med slutsatser för landstingets/regionens verksamhetsplanering.

Enskild uppföljningsdialog, gemensam dialog och samlad årlig analys är löpande arbetsformer som bygger på uppsatta mål och övergripande riskbedömningar¹. Särskilda fördjupningar genomförs som ett komplement efter behov

¹ Bedömning av sannolikhet och konsekvens, i linje med etablerade principer och med stöd av t ex SKL:s mall för avtalsuppföljning.

Indikatorerna

Även indikatorerna är utvalda för att åtminstone på sikt kunna fungera i hela landet, och för att med rimlig arbetsinsats och till rimlig kostnad kunna ge meningsfullt underlag för samtal och bedömning. Samtidigt är det viktigt att notera att de flesta indikatorerna var för sig rymmer osäkerheter och tolkningsmöjligheter, och därför inte utan sammanhang ger underlag för entydiga slutsatser.

Alla uppgifter gäller initialt för en enskild vårdcentral/hälsocentral och dess listade patienter, samt för eventuella övriga specificerade ansvarsområden som vilar på den enskilda vård-/hälsocentralen. Vid behov kan uppgifterna aggregeras och kompletteras till en övergripande bild.

Indikatorerna är indelade i fyra huvudområden

Förutsättningar

Uppgifter om förhållanden som verksamheten har begränsade möjligheter att påverka

Verksamhet

Kvantitativa uppgifter om verksamheten.

Struktur

Indikatorer som belyser de strukturella förutsättningarna för kvalitet.

Kvalitet i arbetet

Indikatorer som belyser kvaliteten, främst i processtermer

Kvalitetsindikatorerna är utvalda för att kunna belysa de dimensioner som finns t ex i God Vård-konceptet och SIS SS-EN 15224:2012. I huvudsak är de grupperade i relation till nationella riktlinjer och underlag. I analysarbetet kan man efter behov återknyta till de principiella dimensionerna i God Vård respektive SIS-standarderna.

Definitioner hämtas så långt möjligt från tillämpliga nationella riktlinjer och underlag. På en del punkter behöver kompletterande definitioner tas fram.

Metoder

Enskild uppföljningsdialog

Syfte

Uppföljningen av den enskilda vårdcentralen/hälsocentralen syftar till att granska och bidra till goda förutsättningar för verksamhetsutveckling vid den specifika enheten.

Metod

Dialog, identifiering av förbättringsområden och problemlösning är den centrala arbetsformen. Uppföljningen har också ett inslag av kontroll i relation till gällande uppdrag och regler.

Beställaren/uppdragsgivaren träffar ledningen för varje enskild vårdcentral/hälsocentral för rutinmässig uppföljning en gång per år. Nyetablering, ny- och ombyggnader och liknande förändringar kan också föranleda enskild uppföljningsdialog.

Inför mötet sammanställer beställaren/uppdragsgivaren de indikatorer som samlats in. Frågeställningar av särskilt intresse lyfts fram. Vårdcentralen/hälsocentralen ges möjlighet att aktualisera frågor som ska diskuteras. Agenda sammanställs och sänds ut av beställaren/uppdragsgivaren.

Mötena hålls med fördel på vårdcentralen/hälsocentralen, så att det blir möjligt att när så bedöms motiverat även träffa medarbetare, vårdgrannar, patient- och/eller medborgarföreträdare, se på lokaler etc.

Beställaren/uppdragsgivaren kan återkomma till verksamheten för en uppföljande diskussion.

Eventuella krav på utvecklingsplan/åtgärder specificeras av beställaren/uppdragsgivaren. Verksamhetschefen ges möjlighet att kommentera och beskriver genomförda och/eller planerade åtgärder.

Beställaren/uppdragsgivaren ansvarar för att de viktigaste slutsatserna dokumenteras och på lämpligt sätt görs tillgängliga både internt och för allmänheten.

Gemensam dialog

Syfte

Den gemensamma dialogen syftar till att ge en samlad bild av primärvårdens situation, förutsättningar och utmaningar. Samtidigt ska den skapa förutsättningar för utveckling i samarbete mellan verksamhetsföreträdare och beställare/uppdragsgivare.

Metod

Minst en gång per år träffas en grupp av verksamhetsföreträdare tillsammans med företrädare för landstingets/regionens beställare/uppdragsgivare. Både grupp sammansättning och arbetsformer anpassas efter behov.

Inför mötet sammanställer beställaren/uppdragsgivaren relevanta indikatorer. Samtliga deltagare ges möjlighet att föreslå teman för diskussionerna. Agenda sammanställs och sänds ut av beställaren/uppdragsgivaren.

Beställaren/uppdragsgivaren ansvarar för att de viktigaste slutsatserna dokumenteras och på lämpligt sätt görs tillgängliga både internt och för allmänheten.

Särskilda fördjupningar

Särskilda fördjupningar genomförs efter behov, som ett komplement till den löpande uppföljningen.

Fördjupad riskbaserad uppföljning

Syfte

Fördjupad riskbaserad uppföljning syftar till att minska särskilda risker för brister och oegentligheter, och genomförs när det finns indikationer på särskilda problem vid någon enhet eller inom något verksamhetsområde.

Metod

Beställaren/uppdragsgivaren har det primära ansvaret, men även verksamhetschefer kan vid behov aktualisera oväntade problem.

När så behövs, kan beställaren/uppdragsgivaren begära fram underlag och vid behov formulera krav som verksamhetschefen ska möta med en åtgärdsplan. Dokumentationen behöver vara särskilt noggrann i fall där sanktioner kan komma att bli aktuella.

Vissa risker kan ha direkt betydelse för patienternas vård och säkerhet, och därmed kräva särskilt snabb utredning. I sådana fall hanteras frågan enligt landstingets/regionens rutiner för hantering av patientsäkerhetsfrågor, och det kan bli aktuellt att samarbeta med den statliga tillsynsmyndigheten IVO.

Fördjupad tematisk uppföljning

Syfte

Fördjupad tematisk uppföljning syftar till bättre kunskap inom vissa specifika områden, t ex om situationen för vissa patient- eller befolkningsgrupper.

Metod

Initiativet till denna typ av uppföljning kan komma från olika håll; från den politiska ledningen, från uppföljningsdialogen eller på annat sätt.

Den praktiska arbetsformen och ansvarsfördelningen anpassas efter frågans karaktär.

Samlad årlig analys

Syfte

Den årliga samlade analysen syftar till att kunskaperna från uppföljningen ska ge underlag för landstingets/regionens verksamhetsplanering.

Metod

Resultaten av den enskilda och gemensamma uppföljningsdialogen, liksom slutsatserna från genomförda fördjupningar och andra uppföljningsinsatser sammanställs och analyseras i en årlig rapport till den politiska ledningen.

Högsta tjänstemannaledningen ansvarar för denna analys, och för att dess slutsatser tillvaratas, t ex i form av förslag till verksamhetsinriktning och särskilda satsningar med utgångspunkt från analysen.

Som ett komplement till den löpande uppföljningen, kan landstinget/regionen vid behov låta utföra särskilda utredningar och utvärderingar av enskilda frågor eller av systemet som helhet. Förutsättningarna och formerna för sådana utvärderingar och utredningar ligger utanför denna basmodell.

Indikatorer

Befintliga databaser/register ska så långt som möjligt användas som källa. I de fall där detta ännu inte är möjligt, bedömer beställaren/uppdragsgivaren i samråd med verksamhetsföreträdarna om uppgiften är så betydelsefull att det är motiverat med rapportering i särskild ordning. För att förenkla arbetet i de fall då särskild rapportering krävs, kan det i många fall vara tillräckligt att ansvarig uppgiftslämnare anger ett cirka-värde eller intervall.

Förutsättningar

Uppgifter om förhållanden som huvudsakligen ligger utanför verksamhetens egen kontroll.

- a. Listade personer, antal totalt
 - i. Andel aktivt listade, %
 - ii. Andel listade på namngiven läkare, %
 - iii. Åldersfördelning bland de listade, i femårs åldersklasser
- b. ACG index för de listade personerna, totalt
- c. CNI index för de listade personerna, totalt
- d. Eventuella uppdrag utöver det basala primärvårdsuppdraget, t ex ungdomsmottagning, utbildning av personal i äldreomsorgen, särskild specialistmottagning etc. Hemsjukvårdsansvaret. (Beskrivning i ord. Formuleras mycket kortfattat med utgångspunkt från verksamhetens uppdragsbeskrivning.)

Verksamhet

Uppgifter om verksamhetens omfattning

- a. Tillgänglighet
 - i. Öppettider vardagar
 - ii. Telefontid vardagar
 - iii. Jourservice, när, var, hur
- b. Direkt patientverksamhet
 - i. Läkarbesök per 1000 listade
 - ii. Övriga besök per 1000 listade

- iii. Hembesök läkare, per 1000 listade
- iv. Hembesök annan profession, per 1000 listade
- v. Andel besök av ej listade patienter, % av totalt antal besök
- c. Indirekt verksamhet
 - i. Samarbetsavtal med äldreboenden
 - 1. Antal boenden med avtal/överenskommelse
 - 2. Antal timmar per vecka/per äldreboende
 - ii. Samarbetsavtal med kommunal hemsjukvård
 - 1. Antal enheter med avtal/överenskommelse
 - 2. Antal timmar per vecka/per enhet
 - iii. Antal patienter där det finns samordnad individuell plan med kommunen, antal per 1000 listade

Struktur för kvalitet

Indikatorer som belyser de strukturella förutsättningarna för kvalitet

- a. Kontinuitet
 - i. Andel av de patienter som under året haft tre eller fler läkarbesök som då träffat samma läkare vid mer än hälften av tillfällena, %
 - ii. Täckningsgrad, andel av listades besök som tillgodosetts på primärvårdsnivå i förhållande till deras totala antal öppenvårdsbesök, %.
- b. Antal listade per heltidsläkare
 - i. Totalt
 - ii. Vägt mot ACG
 - iii. Vägt mot CNI
- c. Andel specialister allmänmedicin av totalt läkarantal (heltid), %
- d. Andel läkare som arbetat på arbetsplatsen 1år+ (heltid), %
- e. Andel övrig personal på arbetsplatsen 1år+ (heltid), %
- f. Forskning, utveckling och utbildning
 - i. Andel läkare med handledarutbildning, per ordinarie läkartjänst (heltid), %
 - ii. Antal ST-läkare, per ordinarie läkartjänst (heltid), stycken
 - iii. Antal handledningstimmar per vecka, per ST-läkare
 - iv. Fortbildning för personalen, dagar/år/heltidstjänst, alla yrkeskategorier
 - v. Kliniska studier, antal under året
- g. Prioritering av patienter med kroniska sjukdomar

- i. Antal läkarbesök/kroniska sjukdomar relaterat till antal läkarbesök / infektionssjukdomar², kvot
- h. Dokumenterat kvalitetsledningssystem (ja/delvis/nej)

Kvalitet

Indikatorer som belyser kvaliteten i verksamheten

Dessa indikatorer är i huvudsak ett urval av indikationer från nationella riktlinjer och mätningar, kompletterade med några frågor om arbetsprocesser. De är utvalda för att spegla primärvårdens åtaganden och för att åtminstone på sikt vara relativt enkla att hantera. När de underliggande riktlinjerna och mätningarna förändras, ska indikatorerna anpassas till de nya förutsättningarna.

Urvalet av indikatorer kan successivt vidareutvecklas. Vid en bredare analys ska naturligtvis de kompletta underlagen användas.

Patientupplevd kvalitet

a. **Patientupplevelse**, enligt nationella patientenkäten för primärvård

- i. Bemötande
- ii. Delaktighet
- iii. Information
- iv. Tillgänglighet
- v. Förtroende
- vi. Upplevd nytta
- vii. Rekommendera
- viii. Helhetsintryck

b. **Tillgänglighet**, enligt databasen väntetider i vården

- i. Telefonsamtal, måluppfyllelse, %
- ii. Läkarbesök, måluppfyllelse, %
- iii. Fysisk tillgänglighet; hörselslinga ja/delvis/nej, rullstol ja/delvis/nej

Medicinsk kvalitet

c. **Sjukdomsförebyggande metoder**, huvudsakligen enligt SoS Nationella riktlinjer 2011 (SoS indikatornummer inom parentes)

i. Tobaksbruk

Bas: Identifierade dagligrökare, antal per 1000 listade

1. Andel som fått kvalificerat rådgivande samtal, % (2c)

ii. Riskbruk av Alkohol

² Definition Landstinget i Kalmar län m.fl.

Bas: Identifierade patienter med riskbruk, antal per 1000 listade

1. Andel med rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal, % (5b och c)

2. Andel med webb- eller datorbaserad rådgivning, % (5e)

iii. Otillräcklig fysisk aktivitet

Bas: Identifierade patienter med otillräcklig fysisk aktivitet, antal per 1000 listade

1. Andel med kvalificerat rådgivande samtal eller rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination, stegräknare eller särskild uppföljning, % (7b och c)

iv. Ohälsosamma matvanor

Bas: Identifierade patienter med betydande ohälsosamma matvanor, antal per 1000 listade

1. Andel med rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal, % (9b och c)

v. Antal hälsosamtal per 1000 listade

d. Palliativ vård, huvudsakligen enligt SoS Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede

Bas: Patient med diagnos Z 515, palliativ vård, antal per 1000 listade

1. Andel med brytpunktssamtal, %

2. Andel med palliativa ordinationer, %

3. Andel avlidna, %

e. Rörelseorganens sjukdomar, huvudsakligen enligt SoS riktlinjer 2012 (SoS indikatornummer inom parentes)

i. Osteoporos

Bas: Patient med denna diagnos, antal per 1000 listade.

1. Andel med osteoporosläkemedel, % (~3.4)

ii. Inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Bas: Patient med denna diagnos, antal per 1000 listade

1. Andel med biologiska läkemedel, % (4.7a)

2. Andel som registrerar sitt eget tillstånd, % (4.13a)

iii. Artros

Bas: Patient med denna diagnos, antal per 1000 listade.

1. Andel som fått råd om viktnedgång, %.

2. Andel som genomgått artrosskola, %.

f. Astma/KOL

Bas: Patient med dessa diagnoser, antal per 1000 listade.

1. Andel identifierade rökare, %.
2. Andel som undersökts med spirometri, %.

g. Demens, huvudsakligen enligt SoS riktlinjer 2010 (SoS indikatornummer inom parentes)

Bas: Patient med sådan diagnos, antal per 1000 listade.

1. Andel som behandlas med demensläkemedel, % (1)
2. Andel som genomgått basal demensutredning, % (8)
3. Andel vars demenssjukdom följs upp minst en gång per år, % (9)

ii. Finns rutin för dessa patienters utredning, uppföljning och samverkan? ja/delvis/nej

iii. Finns rutin för uppföljning med MMSE-SE, Phase Proxy 20, GFR vid receptförnyelse? ja/delvis/nej

h. Depression och ångest, huvudsakligen enligt SoS riktlinjer 2010 (SoS indikatornummer inom parentes)

Bas: Patient med dessa diagnoser, antal per 1000 listade.

1. Andel som förskrivits och hämtat ut antidepressivt läkemedel minst en gång under året, % (1.4)
2. Andel som följts upp via telefon eller återbesök minst 2 gånger första månaden efter insatt läkemedelsbehandling, % (2.11)
3. Andel som fått internetbaserad KBT, % (2.8)
4. Andel som fått psykologbehandling med KBT, % (2.9)
5. Finns rutin för användning av MADRS, GDS? ja/delvis/nej

ii. Kuratorsresurs, heltidstjänst per 1000 listade.

i. Diabetes typ 2, huvudsakligen enligt SoS riktlinjer 2010 (SoS indikatornummer inom parentes)

Bas: Patient med denna diagnos, antal per 1000 listade.

1. Andel registrerade i NDR, %.
2. Andel ≤ 80 år med uppnått mål HBA1c, % (2.1)
3. Andel ≤ 80 år med uppnått mål blodtryck, % (2.2)

4. Andel som fått enkel fotundersökning, % (2.9)
5. Andel som fått ögonbottenundersökning enl. plan – vart tredje år (2.10)
6. Finns rutin för standardiserad provtagning inför årskontroller? ja/delvis/nej

j. Stroke och hjärtsjukvård, huvudsakligen enligt SoS riktlinjer 2009 respektive 2013 (SoS indikatornummer inom parentes)

Bas A: Patient med strokediagnos, antal per 1000 listade.

Bas B: Patient med förmaksflimmer, antal per 1000 listade.

1. Antal med waranbehandling/NOAK, per 1000 listade (3.4, 3.5)

2. Andel med beräknad CHADS 2, %.

k. Missbruk och beroende

1. Patient med långverkande benzodiazepiner eller Tramadol, antal per 1000 listade

2. Finns rutin för att analysera egen förskrivning? ja/delvis/nej

l. Läkemedel

i. Fördjupad läkemedelsgenomgång, enl. föreskriften SOSFS 2012:19

Bas: Patient ≥ 75 år med ≥ 5 ordinerade läkemedel, antal per 1000 listade

1. Andel som fått läkemedelsgenomgång och/eller uppföljning, %

Bas: Patient med identifierade eller misstänkta läkemedelsproblem, antal per 1000 listade

2. Andel som fått läkemedelsgenomgång och eller uppföljning, %

m. Sjukskrivningsprocessen

Bas: Antal listade i arbetsför ålder, totalantal

1. Andel med sjukskrivning över 28 dagar, antal per 1000 av dessa

2. Finns rutin för sjukskrivningsprocessen? ja/delvis/nej

Patientsäkerhet

n. **Hygien**, enligt patientsäkerhetsatsning 2014 regeringen – SKL

i. Deltagit i SKL:s punktprevalensmätning inom primärvården avseende följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, ja/delvis/nej

o. **Antibiotikaanvändning**

i. Antibiotikaförskrivning, enl. Stramas 250-mål

1. Antal antibiotikarecept per 1000 listade
- p. Organisatorisk kvalitet**
- i. Diagnossatta läkarbesök, % av totalt antal besök
 - ii. Signerade journalanteckningar, % av totalt antal besök
 - iii. Obesvarade remisser, antal per 1000 listade
 - iv. Antal oskrivna diktat

Basmodell för uppföljning av primärvård

Sveriges Kommuner och Landsting gjorde våren 2013 en kartläggning av hur landsting arbetar med uppföljning och kontroll av primärvård. Kartläggningen visade att det finns betydande skillnader i landstingens sätt att arbeta med frågan. Samtidigt finns det en stor kärna av likartade ambitioner och synsätt.

De flesta landsting arbetar idag med att vidareutveckla sina uppföljningsformer. Ömsesidigt lärande kan ge bättre kvalitet. Samarbete och arbetsfördelning kan också förenkla en del av utvecklingsarbetet. Ökad enhetlighet när så är möjligt och lämpligt, kan dessutom förenkla för vårdgivarna.

I denna skrift presenteras en basmodell för uppföljning av primärvård. En basmodell för uppföljning av primärvård i linje med behov och ambitioner som delas av många, kan ge utgångspunkt för varje landstings eget beslut om uppföljning och kontroll av primärvård. Modellen bygger på sådant som finns eller håller på att utvecklas i landsting, att koppla ihop befintlig kunskap och kompetens.

Upplysningar om innehållet
Leena, Ekberg, leena.ekberg@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014
ISBN: 978-91-7585-103-7

Ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN 978-91-7585-103-7