

HIPPOKRATESREVISION

Rapport från Hippokratesrevision

Region Stockholm 2024

Eva Arvidsson



Svenska
Läkaresällskapet

Innehåll

Hippokratesrevision	2
Kollegial Kvalitetsdialog 2024.....	5
Innan besöken	5
Vårdcentralsbesöken.....	5
Återrapporter	5
Resultat av besöken	6
Till "Nivån över".....	7
Till revisorerna.....	8
Reflektion	8
Referenser.....	9
Bilaga 1	10

Hippokratesrevision

Hippokrates revision beskrivs utförligt i "Kollegial kvalitetsdialog i primärvården" (1) och "Professionell granskning och klinisk revision" (2). Nedan följer en kort sammanfattning av dessa.

Kvalitetsutveckling är en viktig del av all hälso- och sjukvård. Det gäller förstås vårdkvalitet för patienterna men också effektivt och rättvist resursutnyttjande, och arbetsglädje bland personalen (3). På basen av SLS:s "En Värdefull Vård – En hälso- och sjukvård med människan i centrum" beslutades i SLS nämnd 2016 att tillsätta en arbetsgrupp för att ta fram modeller för att utvärdera vårdkvalitet och kvalitetsarbete. Revisionen skulle syfta till att inspirera deltagande vårdenheter att regelbundet jämföra sina resultat med enheter som handlägger likadana tillstånd för att därmed uppmuntra alla att lära av de bästa och stödja de sämsta. Modellen skulle passa för både öppen och sluten vård oavsett driftsform och både de professionella organisationerna och huvudmännen. Modellen skulle helst tillgodose professionernas krav, huvudmännens behov samt tillvarata intresse från patienter, anhöriga och övriga skattebetalare. Man lyfte också det tvärprofessionella perspektivet i direktiven.

Arbetsgruppen bildades 2017 och tog först fram en initial övergripande tentativ modell i vilken det föreslås en övergripande form och innehåll för medicinsk revision. Vetenskap och beprövad erfarenhet framhålls, liksom fokus på etiska värden med betoning av professionellt definierade vårdbehov och patientnytta. Här betonas särskilt fyra domäner i medicinsk kvalitetsrevision: vetenskap och medicinska resultat, etik och prioriteringar enligt riksdagens prioriteringsplattform, patientsäkerhet samt utbildning. Ett särskilt fokus på handläggning av relevant samsjuklighet framhålls ("Hippokratesrevision").

Denna övergripande tentativa modell testades mars 2018 i pilotprojektet Medicinsk revision av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus. Efter revisionen på Hjärtlungkliniken i Örebro beslutade arbetsgruppen att, med den tentativa modellen som utgångspunkt, genomföra revision i primärvården. Modellen modifierades för att passa primärvården av en grupp bestående av en specialist i allmänmedicin, en ST-läkare och en fysioterapeut. Alla hade erfarenhet av kvalitetsarbete och olika typer av kvalitetsdialoger sedan tidigare. Modellen, som kallas Kollegial kvalitetsdialog i primärvården, arbetades fram och testades på tre vårdcentraler 2018. Arbetet skedde som en del av Svensk Förening för Allmänmedicins (SFAM:s) utvecklingsarbete och i samarbete med Arbetsgruppen för PrimärvårdsKvalitet.

Kollegiala kvalitetsdialoger har också lång tradition i svensk primärvård (4, 5). Det övergripande syftet med Kollegial kvalitetsdialog i primärvården var att i dialogform belysa en enhets styrkor och svagheter med utgångspunkt i medicinsk kvalitet, vetenskap och etik och genom detta stimulera till utveckling och kvalitetsförbättringar.

En grundläggande förutsättning var att dialogen skulle upplevas som värdefull för verksamheten.

Som ram för kvalitetsdialogen (bilaga 1) valdes modellen 5 P – Purpose (syfte), Patienter, People (medarbetare), Processer, Patterns (mönster) (6). 5P-Modellen används ofta för att beskriva det kliniska mikrosystemet, dvs. den grupp av personer som regelbundet arbetar tillsammans – med patienten i centrum – och delar information, har gemensamma processer, medicinska- och verksamhetsmål och som genom samspel producerar resultat.

I modellen ingår en samtalsguide för Kollegial kvalitetsdialog i primärvården där följande ämnen tas upp:

- Följsamhet till evidens, jämföra medicinska resultat

- Omvårdnadsaspekter, prevention
- Etiska principer, prioritering
- Tillgänglighet
- Forskning, utbildning och fortbildning
- Arbetsformer, väntetider, resursåtgång

Sedan knappt 10 år finns PrimärvårdsKvalitet (7), ett nationellt kvalitetsregisterliknande verktyg för förbättringsarbete i primärvården utvecklat av professionerna. PrimärvårdsKvalitet består av evidensbaserade indikatorer för olika aspekter av medicinsk kvalitet i primärvård som kan visas i realtid i form av diagram och patientlistor. Indikatorer finns såväl kring primärvårdens breda verksamhet som samsjuklighet, samverkan, prioritering, läkemedel, sköra äldre och levnadsvanor som kring olika grupper med kronisk sjukdom samt infektioner. För varje område studeras data från PrimärvårdsKvalitet (i den mån det går att få fram data om området). Följande frågor lyfts av samtalsledarna: Hur ser det ut? Utmaningar? Visioner? Också framgångsrika exempel från andra vårdcentraler eller verksamheter lyfts fram.

Under samtalen lyfts och särskilt prioritering av patienter med stora vårdbehov. I primärvården har inslaget av efterfrågestyrning av vården ökat efter vårdvalets införande (8) vilket bidrar till svårigheter att ge vård efter behov (9). Ett annat problem är resursbrist, särskilt brist på personal, och senan början på 2000-talet har den relativa resursandelen till primärvården i svensk sjukvård i princip varit oförändrad (10) samtidigt som många arbetsuppgifter överförs till primärvården. Detta medför svårigheter att kunna ge all den vård som behövs och prioritering blir därför nödvändig.

Kollegial Kvalitetsdialog 2024

Under hösten 2024 har kvalitetsdialoger genomförts på tre vårdcentraler i Stockholm på uppdrag av Region Stockholm. Dialogerna genomfördes av Eva Arvidsson och Susanna Althini. Region Stockholm utsåg Tomas Forslund och Joakim Röstlund att vara med på revisionerna

Innan besöken

Samtalsguiden i "Kollegial Kvalitetsdialog i primärvården" reviderades samtalsguiden något innan vårdcentralbesöken, se bilaga 1.

Innan respektive besök delades den uppdaterade samtalsguiden med vårdcentralcheferna tillsammans med en kort information om hur dagen och upplägget i stort planerades. Eva Arvidsson och Susanna Althini hade också möte Tomas Forslund och Joakim Röstlund, för att samordna oss.

Vårdcentralbesöken

Tre vårdcentraler besöktes.

- Rissne VC den 5 september 2024
- Kry VC Gallerian den 22 oktober 2024
- Kry VC Sundbyberg den 23 oktober 2024

På samtliga genomfördes tre olika samtal med samtalsguiden från modellen för Hippokratesrevision som ledning:

På förmiddagen hölls ett samtal med ledningsgruppen på vårdcentralen under ca 2,5 timme. I dessa samtal deltog förutom vårdcentralens ledning revisorerna Eva Arvidsson och Susanna Althini. Eva ledde samtalen och Sanna deltog också samt förde minnesanteckningar som blev underlag till återkopplingsrapporterna. Även de av regionen utsedda deltagarna Tomas Forslund och Joakim Röstlund deltog till en mindre del i samtalen.

Vid samtalen diskuterades också kvalitetsdata utifrån data från PrimärvårdsKvalitet.

På eftermiddagen hölls ett ca 1-1,5 timme långt möte med representanter för de olika professionerna som arbetar på vårdcentralerna men utan ledningen. I det första av dessa deltog de två revisorerna tillsammans med Tomas Forslund och Joakim Röstlund. I de två andra endast revisorerna Eva Arvidsson och Susanna Althini.

I slutet av dagen hölls en kort avstämning med ledningsgruppen.

Återrapporter

I pauserna under revisionerna diskuterade revisorerna sina intryck tillsammans med Tomas Forslund och Joakim Röstlund. Efter revisionerna sammanställde Eva Arvidsson och Susanna Althini resultat utifrån anteckningar från varje revision i ett power-point material för återrapporter till vårdcentralerna. Återrapporterna genomfördes som digitala möten på ca 1 timme med de tre ledningsgrupperna var för sig

Resultat av besöken

Eftersom syftet med revisionerna inte är någon formell kvalitetskontroll redovisas resultaten av revisionerna inte här som "kvalitetsrapporter" för respektive vårdcentral. Kvalitetsdialogen har istället en formativ ansats. Syftet är att verksamheterna själva ska "få syn" på sina förbättringsmöjligheter och få hjälp att reflektera över dem och inspireras till förbättring.

Nedan följer ett urval i punktform på saker som diskuterades och återrappoterades:

	Styrkor	Möjligheter
Syfte (Purpose)		
	• Kontinuitet & Listning	• VC eller koncernens?
Patienter		
	• "Äldrepanel" anlitas i workshop för att utveckla äldremottagning	• Mer systematiskt inhämtande av patientsynpunkter?
Kontinuitet	• ST-läkarna har hemvårdardagar/veckor – där de kan ta hand om sina patienter • Kontinuitet årets projekt. • Läkare kan boka in uppföljningsbesök själva	• Hur ringer/når man sin dr? • Arbeta med och för integrering av den digifysiska VC och den nationella tjänsten
Personer/ Personal / Professionals		
Personal, ledning, arbetsmiljö	• Välbemannat, positiv stämning • Medarbetarna tycker att ledningen är lyhörd – de fångar upp det vi tycker är viktigt. Det är lätt att få igenom en förändring. • Personalen upplever att "Man hinner göra ett bra jobb"	• Kan förändringar provas i liten skala och utvärderas (som PDSA)?
Fortbildning och utbildning	• Fortbildning prioriteras • Alla medarbetare kan delta i fortbildning •Handledning till studenter (olika yrken) och utbildningsläkare fungerar bra	• Ta fram en samlad kompetensplan – vilka kompetenser behöver stärkas i verksamheten? • Individuella fortbildningsplaner som "kuggar i" den samlade planen • Kollegiala dialogmöten för olika yrkesgrupper (falldiskussioner, kvalitetsdata, rapporter från kurser och konferenser)

		Behövs läkemedelsföretagens utbildningar?
Processer		
Prioritering	- Försöker upprätthålla kontinuitet för kroniskt sjuka, sjukskrivningar - Hemsjukvården välfungerande	- I nuläget inget färdigt system att nå dem med stora behov eller dem som inte ens hör av sig själva. Vision att detta ska kunna fungera när läkarna får en rimlig egen lista - Finns "onödig" vård? Läkemedel utan indikation?
Patientsäkerhet	Personal uppfattar att det finns tydliga rutiner som beskriver vad man har för uppgifter.	- Mer aktiv med avvikelser? - Avvikelse också på mindre händelser?
Processer utveckling/kvalitetsarbete	- Systematiskt processarbete i grupper inplanerat med regelbundenhet - Medrave/PVQ används - Läkarmöte varje månad för diskussion om data	- Dash-board med urval av kvalitetsmått som följs över tid (t ex några patientgrupper, kontinuitet, fortbildning mm), jfr tavla i personalrummet för dagens bemanning - System för att bevaka ny kunskap relevant för olika yrkesgrupper? - Ansvarsområden för vanliga diagnosgrupper för fler
Mönster (Patterns)		
Tillgänglighet	- Äldre(75+) – egen telefon in - Livsstilmottagning - Sjuksköterskemottagningar	- När, till vem/vilka och hur kan fast läkarkontakt kompletteras med fast vårdkontakt? Pat med komplexa behov - Mångbesökare, Vilka är de ur ett helhetsperspektiv? - Ssk-mottagningar under specifika diagnoser vs generalistteam med fokus på en avgränsad grupp patienter?

Till "Nivån över"

Vid återrapporterna diskuterades också saker som vårdcentralerna önskade förbättra men hade svårt att påverka själva eller där beslut på en nivå över dem påverkade deras möjligheter. Här följer en sammanfattning av dessa:

- Många remisser till BUP och psykiatri "studsar" vilket kan leda till ett stort lidande för patienter som inte får vård. Ibland rekommenderas patienterna vård i andra regioner för att vård ska kunna erbjudas alls.
- Hur ser ansvaret för Neuropsykiatriska utredningar ut? Patienterna förväntar sig hjälp.
- Svårt att hitta bra former för samverkan med fysioterapeuter i en annan organisation. Leder till väntetider och ofta till att patienterna får vård av fel profession. Att anställa fysioterapeuter på VC är en lösning men en samorganisation av något slag vore önskvärt.
- Önskvärt att kunna lista patienter på ST-läkare tidigare.
- Budgeten är inte dimensionerad så att man kan nå Socialstyrelsens mål om antal listade även om man fastslagit målet politiskt.
- Inte ovanligt att patienter inte hämtar ut mediciner eller prioriterar bort sjuksköterskebesök pga att de inte har råd.

Till revisorerna

Återrapporterna avslutades med feedback från vårdcentralerna till revisorerna:

Styrkor	Möjligheter
• Positivt med extern granskning • Får syn på blanka fläckar • Bra att lära av andra • Glada för mycket positiv feedback också	• Gå igenom organisation (som Kry) i förväg så att man inte behöver ägna mötestid åt att förklara detta • Både ledning och personal tillsammans i samtalet den sista stunden av besöket så att man får en gemensam bild

Reflektion

Själva funderade vi revisorer på hur man bäst skapar en situation är granskningen verkligen är "kollegial". Ett viktigt syfte med dialogen är ju att skapa ett förtroendefullt samtal där vårdcentralens medarbetare genom frågor, dialog och reflektion ska få hjälp att hitta sina egna brister och utvecklingsmöjligheter.

Av denna anledning är det bra att *inte* ha med personer från "nivån över" till vårdcentralerna. Någon har formulerat det som att "det ska finnas incitament för verksamheterna att visa sina brister, inte att dölja dem". Av denna anledning hölls ju dialogen med personalen på eftermiddagen utan vårdcentralsledningen. Detta var också skälet till att de av regionen utsedda deltagarna Tomas Forslund och Joakim Röstlund inte deltog på eftermiddagarna på de två sista vårdcentralerna.

Att Svenska Läkaresällskapet står bakom revisionerna har också betydelse. Läkarnas vetenskapliga förening uppfattas av de flesta som en seriös och oberoende organisation. Därmed uppfattas revisionen inte som "top down" eller kopplad till kontroll och ersättning som om den utförts av regionen eller liknande.

Referenser

1. Arvidsson E. Kollegial kvalitetsdialog i primärvården. Svenska Läkaresällskapet; 2019 <https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/kollegial-kvalitetsdialog-i-primarvarden-rapport-final.pdf>
2. Professionell granskning och klinisk revision. Svenska Läkaresällskapet; 2020 <https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/sls-hippokratesrevision-2020.pdf>
3. Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. Ann Fam Med. 2013;11(3):272-8.
4. Lindström KW, G. Kvalitetsrevisioner på vårdcentraler stimulerar kvalitetsarbetet. Har gett uppslag till förbättringar som delvis kunnat genomföras. . Lakartidningen. 1999;96(8):918-22.
5. Lindström K. Ny modell för klinisk revision i primärvård. 1996;93(12):1093-9
6. Nelson EC, Batalden, P. B. Godfrey, M. M. Quality by Design. San Fransisco: Jossey-Bass; 2007.
7. PrimärvårdsKvalitet: Sveriges kommuner och landsting; [cited 2019 May 31]. Available from: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardkunsksstyrrning/primarvardskvalitet.5977.html>.
8. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Stockholm; 2014.
9. Arvidsson E. Priority Setting and Rationing in Primary Health Care: Linköping University; 2013.
10. Primärvård i Sverige. Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar, SKR; 2024.

Bilaga 1

Samtalsstöd, Hippokratesrevision i primärvården

För varje område diskuteras:

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

Tillägg 2024 i *blå kursiv*

P1: Personal (Persons)	Anställda Fortbildning Arbetsmiljö Utbildning (AT, ST, andra typer av praktik, studenter) Forskning <i>Deltagande i (externa) samverkans – och utvecklingsgrupper</i>	
P2: Syfte (Purpose)	VCs egen verksamhetsidé och vision?	
P3: Patienter	Listade /Patienter (antal, typ av population, t ex ålder, diagnosgrupper, socioekonomiska faktorer) Patientcentrering, patientmedverkan Patientsynpunkter	
P4: Processer	Organisation, struktur, ledning	Hur jobbar man? Vardagsorganisation? Team? eHälsa Ledning Ledningssystem Ekonomi Lokaler
	Patientsäkerhet	Hur arbetar man? Rutiner, Avvikelse rapportering
	Utveckling	Förbättringsarbete Ny kunskap (t.ex. riktlinjer och vårdprogram) Datakällor inkl PrimärvårdsKvalitet Resultat för vanliga diagnosgrupper
	<i>Konkret exempel:</i>	Utgå från konkreta mått i PrimärvårdsKvalitet, t ex <i>återbesök vid kronisk sjukdom, mångsökare, kontinuitet för personer med SIP (inkl samverkan)</i> Stroke, Levnadsvanor Rutiner för dessa Hur ser det ut? Reflexioner? Förändringar?
	Kontinuitet	Fast läkare Listade/läkare
	Prevention och levnadsvanor	Hälsosamtal, struktur Livsstilmottagning, organisation Resultat? (t ex från PrimärvårdsKvalitet) Patientrapporterad data
	Samverkan	Samverkan med andra aktörer och vårdgivare Individer med komplexa vårdbehov <i>T ex hemsjukvård och SÄBO Kommunens verksamheter som elevhälsa och socialtjänst Försäkringskassan Sekundärvården</i>

P5: Mönster i verksamhetens utveckling (Patterns)	Besöksmönster	Fördelning av olika besök "Äkta" täckningsgrad Mångbesökare
	Prioriteringar	Etiska plattformen i praktiken? Bortträngningseffekter? Vårdbehov hos patienter med nedsatt autonomi? Tillgänglighet för vem? Organisation kring sjukhem/hemsjukvård? Resultat i PrimärvårdsKvalitets indikatorer om prioritering <i>Kloka kliniska val</i>
	Tillgänglighet	Öppettider/Mottagningstider Tillgänglighet för akuta, utredningspatienter och kroniskt sjuka? Telefontillgänglighet <i>Tillgänglighet via chatt</i>



Svenska
Läkaresällskapet

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