



DIGIFYSISK NÄRA VÅRD

Utveckling av strukturerade vårdprocesser i relation till kunskapsstyrningens prioriteringar

FEBRUARI 2023
CAPIO NÄRSJUKVÅRD

Magnus Röjvall, Regional Medicinsk Chef, projektledare
Eva Westerman, Kvalitetschef
Karin Steinberg, Affärsområdeschef och projektägare

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	3
Bakgrund	4
En god och nära vård i Region Stockholm	4
Varför förändra sjukvårdssystemet?	5
Nuvarande brister.....	5
En framtid som utmanar	8
Att styra mot en jämlik vård utifrån kunskap.....	10
Varför förändrade arbetssätt?	12
Digitalisering som verktyg för förbättring	14
Patienten som aktiv och involverad	15
Syfte med projektet.....	15
Projektid	15
Uppdragsdirektiv och finansiering	16
Förberedelser	16
Risk och konsekvensanalys.....	16
Tidplan för projektets genomförande	17
Projektorganisation	17
Styrgrupp	17
Projektgrupp.....	17
Verksamhetsföreträdare	18
METODBESKRIVNING	18
Förstudie.....	18
Beskrivning av ny process för personer med kronisk sjukdom	18
Kriterier för inkludering av patienter i projektet.....	21
Att begränsa antalet ytor för arbete och bevakning.....	22
Digital assistent (RPA) för förenklad informationsöverföring till journal.....	23
Metoder för spridning av arbetssättet.....	24
Rutiner	24
Testning och införande av integrerat beslutsstöd (ALMA)	24
Utvärdering av medarbetarnas upplevelse	25
Utvärdering av patienternas upplevelse	25
RESULTAT OCH ANALYS.....	27
Antal digitala ärenden och olika kategorier	27
Förenklad överföring till Take Care med digital assistent (RPA)	27

Patienternas upplevelser.....	28
Utfall i kvalitetsparametrar (QPIer).....	29
Medarbetarnas upplevelser	29
DISKUSSION	35
En avgörande omställning – som dock bara påbörjats	35
Nycklar i ett framgångsrikt förbättringsarbete	35
Utvecklingsbehov framåt	36
En automatiserad start på uppföljning av kända besvär.....	36
Verktyg och kunskapsstöd som bättre klarar samsjuklighet.....	36
Samordnad hantering av patientens medgivande	37
En väl genomarbetad implementering även av ALMA.....	37
En smartare hjälp till levnadsvaneförändring	37
Dags att "skrota" remissen, och ta patienten med på resan?	38
Att fortsatt sprida goda exempel för breddimplementering	38

Bilagor

Bilaga 1	1
Risk av vårdöverskjutning till primärvården.....	1
Bilaga 2	4
Frågor i medarbetarenkät	4
Bilaga 3	6
Nära vård – intervjusvar av patienter	6

DIGIFYSISK NÄRA VÅRD

- utveckling av strukturerade vårdprocesser i relation till kunskapsstyrningens prioriteringar

SAMMANFATTNING

Under 2022 genomförde Capio Närsjukvård detta projekt som finansierades av Region Stockholm. Projektet syftade till att utveckla strukturer, processer och arbetssätt som långsiktigt stödjer ett ordnat införande av kunskapsstyrningens riktlinjer. I rapporten beskriver vi en del av bakgrunden till varför man fattat beslut om en nära vårdomställning, och hur arbetet behöver ske med helhetssyn snarare än enbart i diagnosspecifika spår.

Vi fokuserade på att arbeta fram nya arbetssätt och införa förbättrade digitala verktyg som kan skapa förutsättningar för att bättre stödja alla dem med kronisk sjukdom, vilket rör sig om halva befolkningen.

Vi beskriver hur en proaktiv, digital ingång för uppföljning av kronisk sjukdom kan etableras integrerat i ordinarie primärvård via en digital kommunikationsplattform (Doctrin), och hur denna omställning kan leda till en mer jämlik vård där vi prioriterar och individualiserar våra insatser bättre. I kombination med ett systematiskt arbete i kvalitetssystem (MedRave) och med ett integrerat beslutsstöd/assistent (ALMA) som kopplas till kunskapsstyrningens riktlinjer finns nu betydligt bättre förutsättningar att lyckas. Med hjälp av automatiserad överföring av information mellan systemen (via RPA-teknik) underlättar vi omställningen för medarbetarna.

För en framgångsrik implementering av nya arbetssätt och ny teknik är det helt avgörande att både patienter och medarbetare är medskapare och involverade längs vägen. I rapporten beskrivs hur detta har gjorts och hur arbetssätt och verktyg uppfattas. Ur resultaten kan nämnas att 93 % av de patienter som testat digitala plattformen rekommenderar den till andra, att 85 % av medarbetarna som utvärderat digitala utskick rekommenderar arbetssättet samt att 88 % av medarbetarna som utvärderat automatöverföringen från Doctrins plattform till rätt sökord i Take Care rekommenderar denna till kollegor. Utöver den kvantitativa analysen har djupintervjuer gjorts med patienter.

Omställningen till en jämlik, kunskapsbaserad och stärkt nära vård med hjälp av politiska beslut, kunskapsstyrningens stöd och med ändrade arbetssätt och digitala verktyg hos vårdgivarna har bara börjat. I rapporten beskrivs flera nödvändiga utvecklingsfokus framåt för en lyckad omställning.

Bakgrund

En god och nära vård i Region Stockholm

Nära vård är ett begrepp som introducerats brett utifrån den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:01). I Region Stockholms genomförandeplan för nära vård beskrivs en del av målbilden i arbetet:

”För att förbättra kontinuiteten för patienterna och ge primärvården förutsättningar att arbeta mer förebyggande och mer effektivt ska den nära vården byggas ut och primärvårdens roll stärkas. Vårdcentralerna ska vara navet i invånarnas hälso- och sjukvård och ska säkerställa patienternas behov av en patientsäker, tillgänglig, nära hälso- och sjukvård såväl fysiskt som digitalt.”

”Omställningen till hälsofrämjande, sammanhållen och nära vård förbättrar regionens framtida förutsättning att på bästa sätt möta invånarnas behov av vård och stärka hälsan i befolkningen. Omställningen bidrar även till att optimera resursanvändningen och att dämpa kostnadsutvecklingen”

Genomförandeplanen är indelad i fem strategiska inriktningar:

1. *Tillhandahålla en primärvård och nära vård med hög upplevd och faktisk tillgänglighet, medicinsk kvalitet, kontinuitet och förtroende som kontinuerligt förbättras utifrån invånarnas behov.*
2. *Ställa om till ett mer hälsofrämjande, förebyggande, och sammanhållen nära vård och omsorg med invånaren som medskapare.*
3. *Säkerställa effektiv resursanvändning, ändamålsenlig uppföljning och goda förutsättningar för vården att förbättra de medicinska resultaten för invånarna.*
4. *Utveckla, behålla, attrahera och uppgiftsväxla rätt kompetenser efter både nuvarande och framtida behov.*
5. *Skapa förutsättningar för att realisera de möjligheter en systematisk digitalisering ger.*

<https://www.regionstockholm.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2022/2022-03-08/3-genomforandeplan-for-nara-varld.pdf>

Varför förändra sjukvårdssystemet?

Sverige har en god folkhälsa i jämförelse med många andra länder och vi uppnår utmärkta medicinska resultat när man mäter utfall för specifika sjukdomar såsom hjärtinfarkt eller cancer. Varför finns det då anledning att förändra sjukvårdssystemet?

Nuvarande brister

När man frågar befolkningen i olika länder hur man uppfattar sjukvården sticker Sverige ut negativt i flera avseenden. Bristerna handlar bland annat om tillgång till fast läkare/vårdkontakt, tillgänglighet, information och involvering (bild 1).



Bild 1: Vården ur befolkningens perspektiv

<https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2020/>

På senare år har insikten stärkts att en välfungerande primärvård med stark kontinuitet är en förutsättning för att klara tillgänglighet, hälsoutfall och kostnadseffektivitet. En nyligen publicerad studie på 4,5 miljoner norska patienter visade elegant effekterna av kontinuitet till fast läkare. Med ökande kontinuitet till fast läkare såg man en minskad användning av akutvård, minskat antal akuta inläggningar på sjukhus och minskad dödlighet. Man konkluderar att det tydliga dos-responsförhållandet mellan kontinuitet och dessa utfall talar för ett orsakssamband (diagram 1).

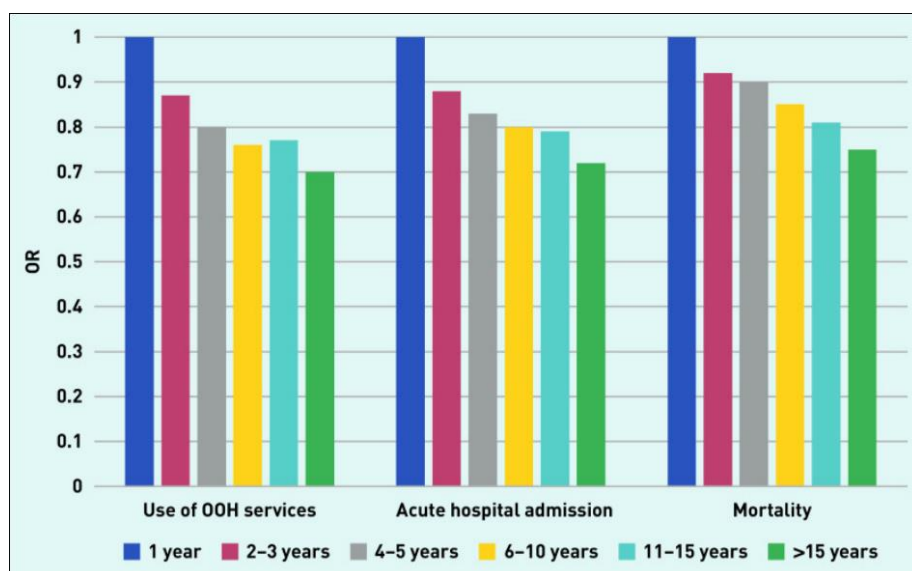


Diagram 1: Associations between continuity measured as years with the same RGP (Regular General Practitioner) and odds for use of OOH services, acute hospital admissions, and mortality during 2018. OOH = out-of-hours. OR = odds ratio.

Sandvik H et al. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34607797/>

Svenska patienter anser alltså att det finns brister i fundamentala delar av svensk sjukvård. Hur ser då svenska primärvårdsläkare på sin arbetssituation? Trots att svenska primärvårdsläkare träffar lägsta antal patienter per arbetad timme är de mer stressade än sina kollegor i en jämförelse med andra länder (bild 2). Detta trots att svensk primärvård har ett flertal andra professioner som man föreställer sig skulle innebära en avlastning. Vad kan då detta bero på?

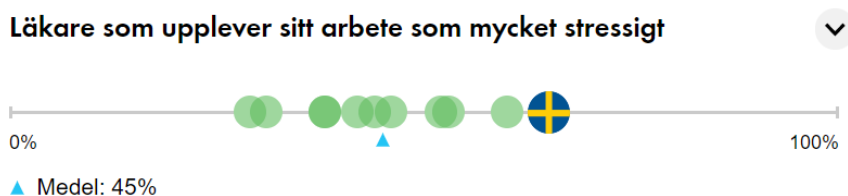


Bild 2: Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 <https://www.vardanalyt.se/rapporter/ihp-2019/>

I en jämförelse mellan primärvård i olika europeiska länder blev slutsatsen: *”Generellt sett utgör primärvården en mindre andel av de totala resurserna inom hälso- och sjukvården i jämförda länder. Oavsett mått på andelen av den totala hälso- och sjukvården är det emellertid uppenbart att svensk primärvård relativt sett är resursmässigt svag och har en mindre andel av resurserna när det gäller läkare.”*

<https://www.vardanalyt.se/rapporter/primarvarden-i-europa/>

Nedanstående diagram visar antal allmänläkare per 1000 invånare i olika länder år 2018 jämfört med antal andra specialistläkare per 1000 invånare. Sverige hade tydligt lägre antal allmänläkare än genomsnittet i OECD, men låg över genomsnittet vad gäller andra specialistläkare (diagram 2).

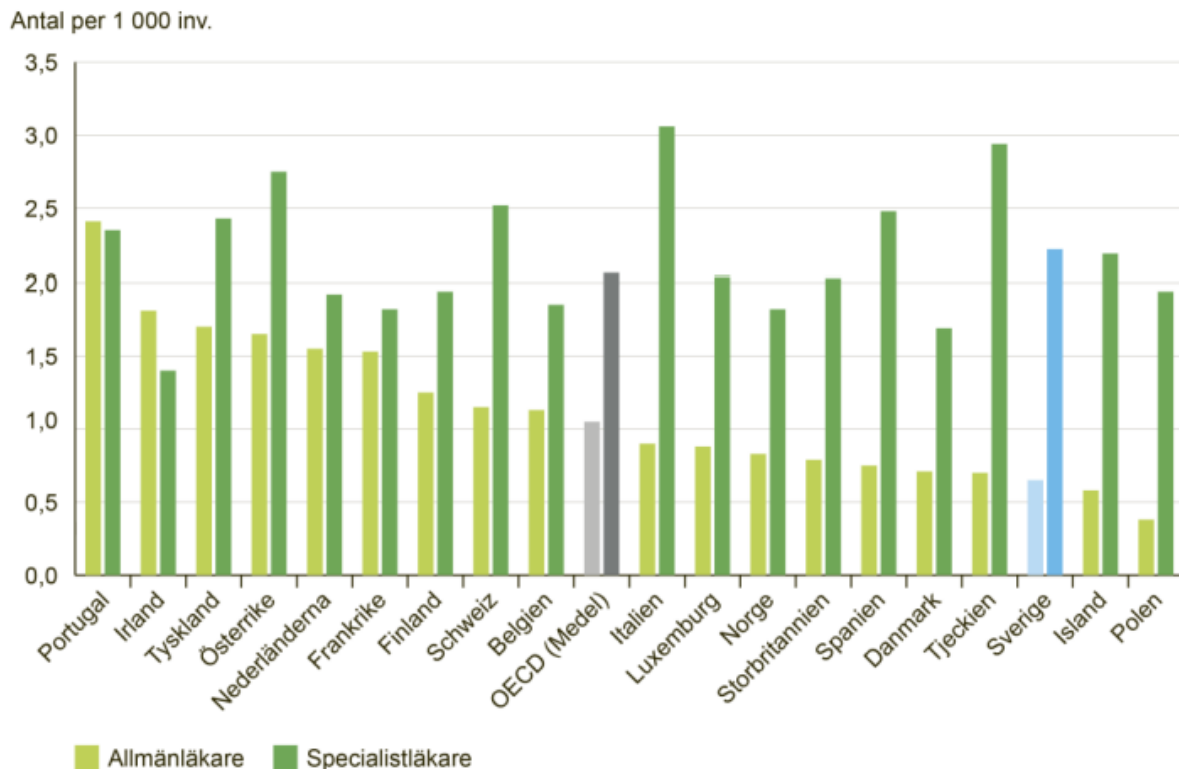
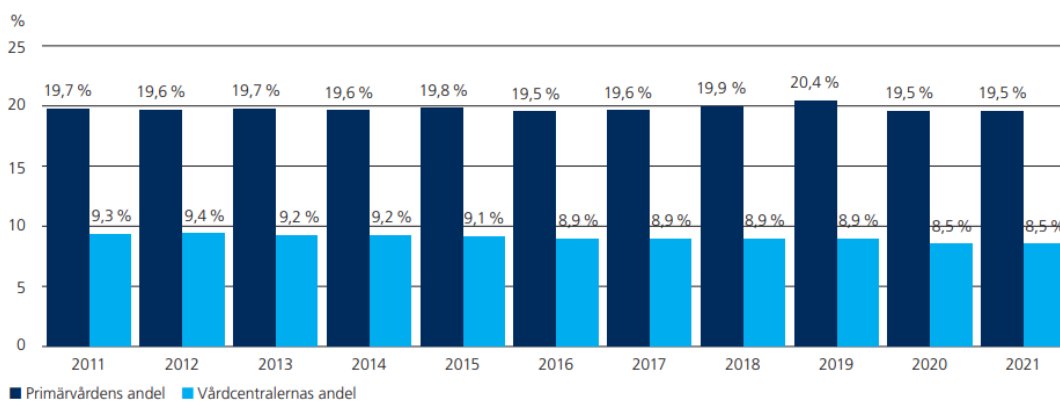


Diagram 2: Antal allmänläkare respektive andra specialistläkare per 1000 invånare i olika länder
<https://www.vardanalys.se/rapporter/primarvarden-i-europa/>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskrev under 2021 att det fanns få indikationer på att omställningen till en god och nära vård hade lett till måluppfyllelse, varken ur patientens, de yrkesverksammas eller ur ett systemperspektiv.

<https://www.vardanalys.se/rapporter/nara-var-d-i-sikte/>

I Region Stockholm har andelen resurser som fördelas till primärvården och vårdcentraler faktiskt minskat det senaste decenniet. Andelen till vårdcentralernas basuppdrag (somatisk vård, psykosociala insatser och basal hemsjukvård) har sjunkit från 9,3% till 8,5% mellan åren 2011 och 2021 (diagram 3).



Källa: HSF, feb-2022

Diagram 3: Andel av sjukvårdsanslaget i Region Stockholm som gått till vårdcentralernas basuppdrag (somatisk vård, psykosociala insatser samt basal hemsjukvård) respektive till den breda primärvården.

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/kunskapsstyrning/primarvardsrapport.pdf>

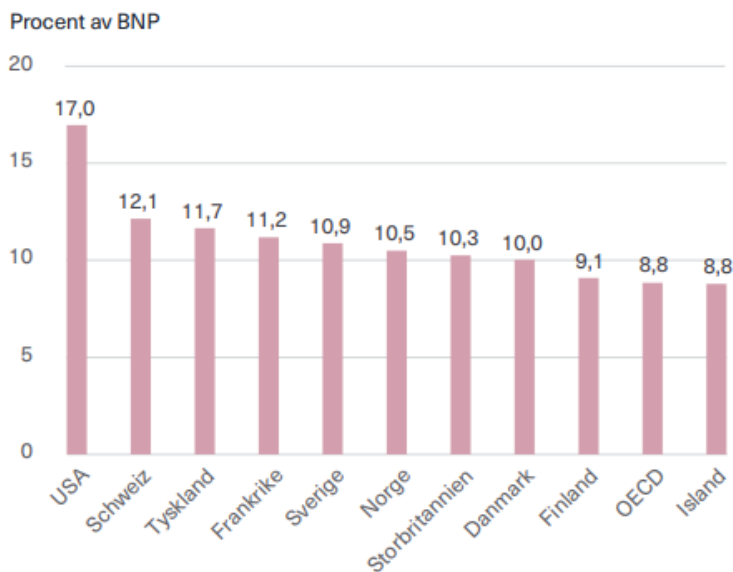
Regionen har nyligen satt som mål att primärvårdsandelen ska öka till 25 % till år 2030, och man ska ta fram en handlingsplan för att nå 1100 listade patienter per fast läkarkontakt i primärvården i enlighet med Socialstyrelsens riktvärde

<https://www.regionstockholm.se/globalassets/6.-om-landstinget/ekonomi/budget/budget-2022/regionstyrelsens-budgetforslag-2023-for-region-stockholm.pdf>.

En framtid som utmanar

Sveriges utgifter för hälso- och sjukvården har ökat i snabb takt och vi tillhör numera de länder i Europa som lägger högst andel av BNP på hälso- och sjukvård (diagram 4). Mycket talar för att kostnaderna kommer fortsätta att öka, och att behovet av prioriteringar kommer att bli allt tydligare

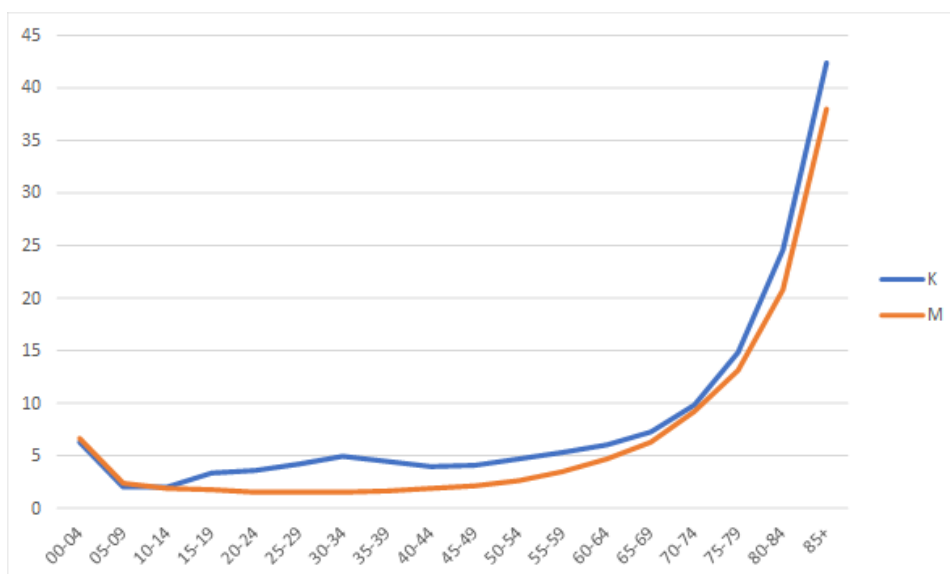
<https://skr.se/skr/tjanster/bloggarfranskr/varbloggen/artiklar/vimasteforhallaosstilldemografinsverklighet.63353.html>. Under de kommande tio åren kommer t ex antalet invånare över 80 år att öka med 61% i Region Stockholm, samtidigt som antalet i arbetsför ålder inte alls ökar i samma utsträckning. Äldre personer använder hälso- och sjukvården mycket mer än yngre. I diagram 5 visas hur många besök patienter genomsnittligen använder i Region Stockholms primärvård utifrån ålder (inklusive basal hemsjukvård). Med den bilden på näthinnan är det lätt att se att den kraftiga ökningen av äldre kommer att innebära stora utmaningar. Utöver detta tillkommer ett ökat behov av insatser i vårdsystemet utanför primärvården samt i den kommunala omsorgen.



Källa: »OECD Health Data 2020« OECD (2020), <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Diagram 4: Hälsa- och sjukvårdskostnader som procent av BNP i ett urval av höginkomstländer

Besök per år och individ i primärvården



VALdatafrån 2018,
T Forslund

Diagram 5: Besök per år och individ i primärvården inkl basal hemsjukvård utifrån ålder. K=kvinnor. M=Män.

För att kunna göra patientsäkra, horisontella prioriteringar för en jämlik vård behöver vi verka för att medarbetare i invånarens primära vårdkontakter har bred överblick och generalistkompetens. De behöver också ha tillgång till primärvårdsanpassade kunskapsstöd, och åtnjuta ett högt förtroende relationen till sina listade patienter. Personlig vård med helhetssyn och resurseffektivitet är - utöver full tillgänglighet - helt centrala hörnstenar i en välfungerande primärvård.

Att styra mot en jämlik vård utifrån kunskap

Målet med regionernas gemensamma kunskapsstyrning är en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet <https://kunskapsstyrningvard.se/>. Syftet går alltså hand i hand med omställningen till en god och nära vård och insikten om vårt ökande behov av effektiva helhetsprioriteringar framöver.

Regionerna utser representanter till Nationella Programområden (NPO) (bild 3) som ansvarar för att publicera riktlinjer och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ("vårdförlopp") inom sitt respektive område. Dessa tas sedan omhand av en motsvarande regional organisation med Regionala Programområden (RPO) som tillsammans med regionens universitetssjukvårdsenheter (USV) ansvarar för eventuell regional anpassning och implementering.

NATIONELLA PROGRAMOMRÅDEN		
Akut vård	Levnadsvanor	Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
Barns och ungdomars hälsa	Lung- och allergisjukdomar	Reumatiska sjukdomar
Cancersjukdomar (utgörs av RCC i samverkan)	Nervsystemets sjukdomar	Rörelseorganens sjukdomar
Endokrina sjukdomar	Njur- och urinvägssjukdomar	Sällsynta sjukdomar
Hjärt- och kärlsjukdomar	Mag- och tarmsjukdomar	Tandvård
Hud- och könssjukdomar	Medicinsk diagnostik	Äldres hälsa
Infektionssjukdomar	Perioperativ vård, intensivvård och transplantation	Ögonsjukdomar
Kvinnosjukdomar och förlossning	Psykisk hälsa	Öron-, näsa- och halssjukdomar
Kirurgi och plastikkirurgi		Nationella primärvårdsrådet

Bild 3: Nationella programområden (NPO) inom kunskapsstyrningen

Nationella kunskapsstyrningen har en tydlig potential att undvika dubbelarbete och förbättra möjligheterna till en jämlik vård. En del kritik har dock förts fram emot hur systemet initialt kommit att fungera. Dels finns t ex ingen sammanhållen funktion i nomineringsprocessen som säkrar bredden i NPOs sammansättning, vilket fått till följd att många NPO som hanterar stora folksjukdomar helt saknar kompetens från primärvården där majoriteten av patienterna får sin vård. <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/allmanmedicin/primarvarden-fattas-i-kunskapsstyrningen/>.

Utöver detta har vårdförloppen kritiserats för att sakna tillräckliga underlag för hälsoekonomiska beräkningar och horisontella prioriteringar, och att de därmed riskerar att skapa undanträngningseffekter. Denna upprepade kritik har bland annat Region Stockholm inkommit med i sina yttranden över remissversioner av vårdförloppen, t ex här: <https://www.regionstockholm.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2020/201020/13-yttrande-over-remiss---personcentrerade-och-sammanhallna-vardforlopp1916814.pdf>.

De flesta riktlinjer, vårdprogram och vårdförlopp från kunskapsstyrningen berör primärvården och inte sällan innebär de en ambitionshöjning inom sitt avgränsade område. Behovet av

primärvårdsbaserad kunskap i utformningen av innehållet är därför stor. Under 2022 har Nationella primärvårdsrådet skapat en arbetsgrupp som ansvarar för nationell remissgranskning ur ett primärvårdsperspektiv innan man skickar kunskapsstöden vidare till regionala grupper för granskning.

<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/nationelltprimarvardsrad.56419.html>

I sjukvårdsregion Stockholm-Gotland arbetar RPO primärvård utifrån fyra huvudsakliga fokusområden där insatser från olika vårdförlopp samordnas för implementering. De fyra fokusområdena är Psykisk hälsa, Sköra äldre, Hjärt- och kärlprevention och Under-/Överdiagnostik. Arbetet sker i nära samverkan med övriga RPO. Efter att prioritering av insatserna görs i RPO Primärvård engageras Akademiskt primärvårdscentrum (APC) som ansvarar för implementeringen tillsammans med verksamheterna.

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/kunskapsstyrning/primarvardsrapport.pdf>

För att motverka risken för skadliga undanträngningseffekter i relation till nya vårdförlopp och i samband med nära vårdomställningen har RPO Primärvård påbörjat en sammanställning av pågående eller tänkta överföringar av patientgrupper från specialiserad vård till primärvård. En del av dessa överföringar är kända och önskade, men minst lika ofta sker de ogenomtänkt, oplanerat eller utifrån en otillräcklig analys/resurssättning. Den initiala listan innehöll 27 patientgrupper/-överföringar och den har fyllt på ytterligare sedan dess. Målet med listan är enligt RPO Primärvård att skapa en gemensam överblick i regionen av pågående/tilltänkta överföringar, och att eventuella överföringar ska ske ordnat och med en föregående analys (Bilaga 1).

På senare tid har allt fler röster höjts för att prioriterings- och kostnadseffektivitetsfrågor behöver få en mer framträdande plats i svensk hälso- och sjukvård. [Susanne Nyström: Sverige behöver inte kömiljarder utan fungerande vårdcentraler och läkare som säger nej - DN.SE](#) Vi behöver bli bättre på att tydliggöra icke-göra (dvs sådana insatser som inte ger visad nytta), och utveckla kostnadseffektivitetsberäkningar så att de bättre tar hänsyn till alternativkostnader (undanträngda insatser). Dessa resonemang är av särskild vikt för att primärvårdens breda arbete med stora patientgrupper ska kunna bevaras och förstärkas i konkurrens med nya innovationer inom smalare terapiområden, vars värde inte alltid motsvarar kostnaden. I en rapport av Mikael Svensson belyses detta tillsammans med flertalet exempel på insatser inom hälso- och sjukvård som saknar tillräckligt stöd <https://www.sns.se/artiklar/hoga-kostnader-och-lag-patientnytta-att-vardera-insatser-i-halso-och-sjukvard/>.

Varför förändrade arbetssätt?

En del av primärvårdens förutsättningar behöver alltså uppenbart förbättras om regionens planerade nära vårdomställning ska lyckas. Samtidigt behöver vi väldigt aktivt utveckla vårt vårderbjudande och våra arbetssätt både i primärvård och i sekundärvård. Med traditionella arbetssätt kommer vi aldrig klara full tillgänglighet och ge en jämlik vård, eftersom vi helt enkelt slösar alltför mycket tid på administration och differentierar våra insatser för dåligt utifrån individuella behov. Med modern teknik och med ändrade arbetssätt kan vi bättre respektera patienternas och våra medarbetares tid.

Om vi ska klara kompetensförsörjningen framöver krävs därutöver att vi:

- säkrar en god arbetsmiljö
- bättre låter våra medarbetare ägna sin tid åt det de är utbildade för
- bättre tar vara på patientens egna resurser

På detta sätt kan vi attrahera de mest lämpade personerna till hälso- och sjukvården, och få dem att trivas och stanna i sitt yrke. Nationella vårdkompetensrådet kom nyligen med en rapport kring kompetensförsörjningen i primärvården. Rapporten lyfter t ex betydelsen av ett välfungerande ledarskap och vikten av ett fungerande teamarbete. Man hade även ett särskilt uppdrag att ge rekommendationer kring dimensionering av ST och specialister i allmänmedicin. Rekommendationen blev att:

- tillsätta en nationell samordnare för att i samverkan med Sveriges regioner utveckla färdplaner och mål för hur riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården kan uppnås.
- avsätta 1 miljard kronor årligen från regeringen till regionerna under fem år för att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8246.pdf>

Inom Capio arbetar vi utifrån *Capiomodellen* som tar sin utgångspunkt i patientens behov och livssituation (bild 4). Med hjälp av Modern medicin och Modernt management skapas förutsättningar för ett arbete med kontinuerliga förbättringar i verksamheten. Det är där magin sker! En välfungerande och kvalitativ verksamhet för både medarbetare och patienter skapar också förutsättningar för en trygg ekonomi i balans. Värderingarna ligger hela tiden till grund för arbetet. Inom Capio har du alltså alltid två jobb: dels att utföra dina uppgifter utifrån din profession/roll, dels att bidra till att hela tiden förbättra det sätt vi bedriver vård på. Genom att ligga i framkant med att utveckla vården och arbeta transparent med att sprida goda exempel kan vi också bidra till världens utveckling på ett bredare plan.

Capiomodellen

En pålitlig partner– närvarande och nytänkande

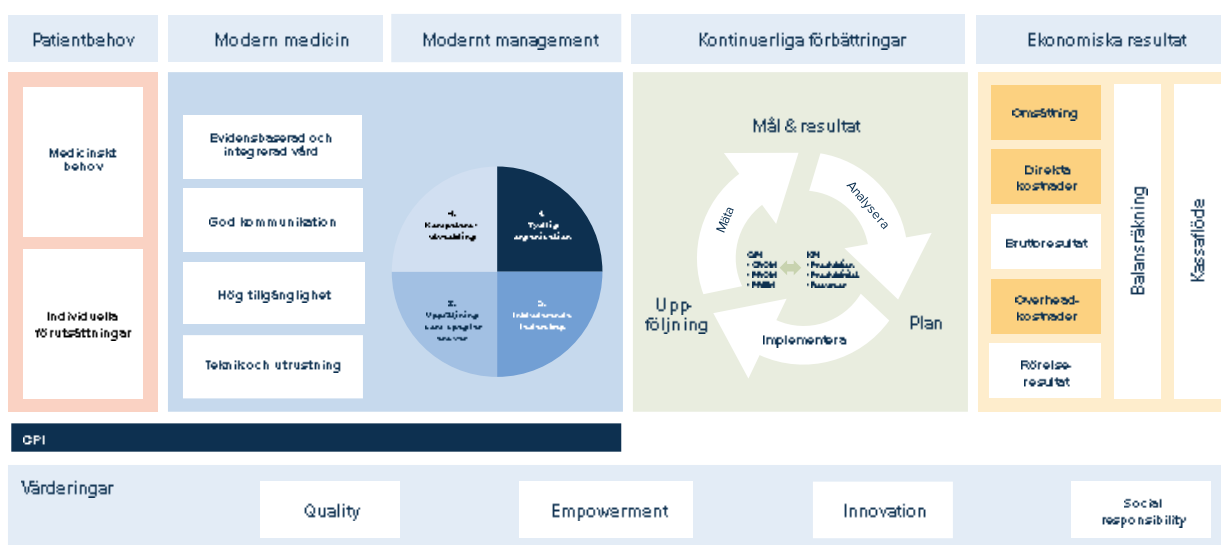


Bild 4: Capiomodellen

Digitalisering som verktyg för förbättring

RPO Primärvård har inom regionens kunskapsstyrning lyft fram en integrerad digitalisering som ett viktigt strukturellt fokusområde som kan leda till förbättrade resultat och en mer jämlik vård. Genom att arbeta integrerat i ordinarie verksamhet minskar risken för undanträngningseffekter. Heldigital vård som bekostas av utomlänstaxan utgör ett av de tydligaste exemplen på separat digitalisering med osäker effekt på befolkningens hälsa, men som inneburit en explosiv kostnadsökning bortom regionens egen möjlighet till horisontell prioritering. Utifrån denna insikt var Capio tidigt ute med att frivilligt avstå att fakturera utomlänssättning för digitala kontakter även när detta varit möjligt. Genom att istället bygga en integrerad digifysisk vårdkedja har vi velat visa på ett exempel som inte slösar skattemedel, och som inte heller kompromissar med behovet av en snabb digital utveckling.

De senaste åren har vi byggt upp en integrerad digifysisk vårdkedja som involverar både primärvård och specialiserad vård, och där patienten får kontakt digitalt inom 15 minuter. Det som är möjligt att göra digitalt färdigbehandlas digitalt (via formulär/bilder + chatt eller video), medan det som behöver fysisk undersökning bokas in men då som ett förberett besök. I samma digitala plattform (Doctrin) kan patienten också lotsas direkt till specialiserad vård med intakt information i ärendet när man kommer överens om att det behövs, och den specialiserade vården kan enkelt föra över patienten till primärvård när det är befogat. Om patienten vänder sig till oss utanför kontorstid kan man få hjälp med enklare medicinska ärenden direkt av vår nationella digitala tjänst, alternativt få initiala råd och sedan tryggt lotsas till sin vårdcentral. I bild 5 beskrivs de olika alternativen/kontaktsätten som används utifrån patientens individuella behov och önskemål. Senare i rapporten kommer vi att beskriva hur flödet ser ut när vi som vårdgivare väljer att initiera kontakten utifrån kända behov/kronisk sjukdom.

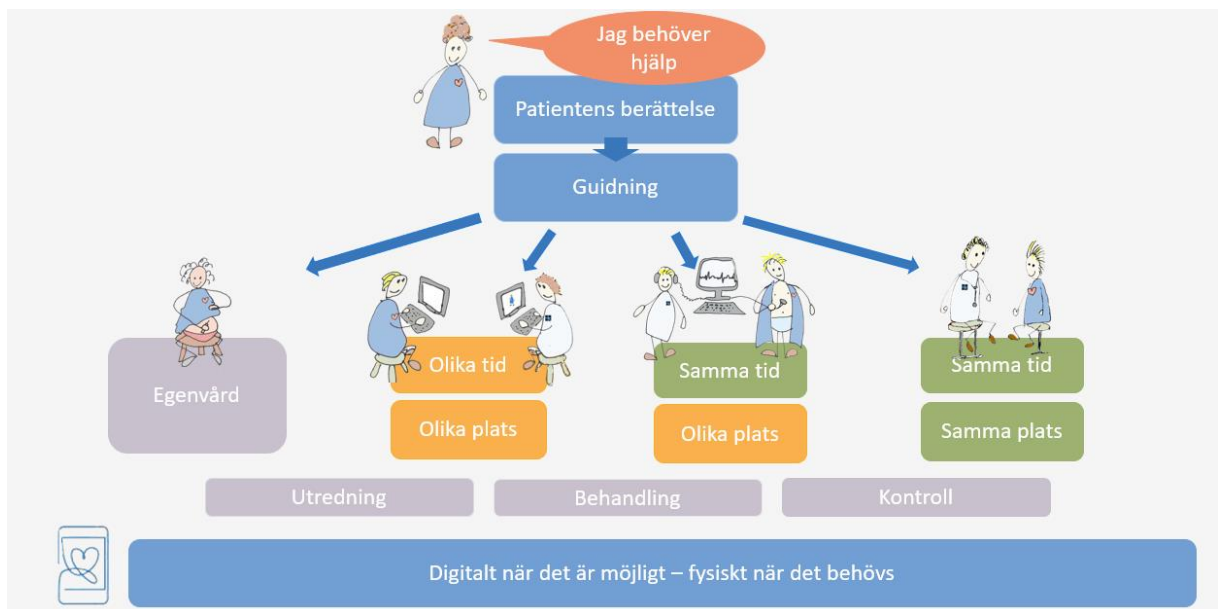


Bild 5: Alternativa kontaktyper utifrån patientens behov och önskemål

Patienten som aktiv och involverad

Patienten själv är nog vårdens mest utnyttjade resurs för patientsäkerhet och effektivitet. I traditionella arbetssätt är patienten ofta hänvisad till att vara en passiv part. Som patient kanske du får en brevkallelse till ett besök, för att först vid själva besöket få beskriva dina aktuella behov och önskemål. Inte sällan är kontakttyp/tidpunkt/avsatt tid inte anpassade till dina behov. Vi tror att vi framöver behöver värdera både patientens tid och individuella behov med mer respekt. Med hjälp av teknik, nya arbetssätt och en kulturförändring till en mer personcentrerad vård kan vi både uppnå bättre resultat, nöjdare och mer involverade patienter, och minska en del av tidsslöseriet som annars blir följderna när patienten tvingas vara passiv. Att tillåta patienten att vara medskapare i sin egen vård är också en av grundpelarna i kunskapsstyrningen

<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning.44726.html> .

För att kunna uppnå det har vi i detta projekt på olika sätt arbetat med att involvera patienter i utvecklingen av arbetssätt och tekniska verktyg.

Syfte med projektet

- Att införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp enligt kunskapsstyrningens prioriteringar.
- Att etablera digitala verktyg och processer för strukturerad uppföljning av personer med kronisk sjukdom. Processerna behöver kunna fungera för halva befolkningen som ju faktiskt har kronisk sjukdom, och ha som mål:
 - att kunna individualisera insatserna bättre
 - att bättre värdera patienternas och medarbetarnas tid genom att minska administration och minska onödiga och oförberedda kontakter och besök.
 - att proaktivt minska risken för ett otillräckligt stöd för de patienter som behöver det, men kanske inte själva hör av sig.
 - att kunna uppnå förbättrade helhetsresultat.

Projektid

Projektet utfördes under 2022. På grund av utmaningar i verksamheterna under pandemin och på grund av att initial projektägare bytte jobb blev uppstarten något förskjutet. Avslutningen av projektet med bland annat analys och sammanställning av rapport genomfördes därför under första delen av 2023 efter att detta stämts av med regionen.

Uppdragsdirektiv och finansiering

Region Stockholm understödde utvecklingsarbetet med 2 miljoner kronor. Detaljredovisning av hur resurserna använts under året har lämnats till regionen.

I korthet innebar uppdragsdirektivet från regionen att:

- *Medlen skall fördelas till utvecklingsstödande funktioner hos stora vårdgivare och koncerner, samt till samlat stöd för införande i primärvården genom Akademiskt Primärvårdscentrum.*
- *Medel fördelas för att utveckla strukturer, processer och arbetssätt som långsiktigt stödjer ett ordnat införande hos vårdgivarna. Arbetet kommer behöva fortgå under flera år.*
- *Medel fördelas så att vårdgivare ges möjlighet att driva ett systematiskt och ordnat införandearbete som samtidigt stärker kompetens och kapacitet för vårdprocessutveckling. Detta innebär ett starkt ledarskap med fokus på de kliniska resultaten för patienterna. De utvecklingsstödande funktionerna hos större vårdgivare utgör ett nav i arbetet.*

Förberedelser

Risk och konsekvensanalys

Riskanalys är genomförd för att använda digitala utskick på detta sätt och för införande av integrerat beslutsstöd ALMA. Inga allvarliga risker som omöjliggör skiftet identifierades.

De risker som beskrevs handlade bland annat om att all teknik riskerar att stundtals inte vara i drift, om risken för att patienten har bytt mobilnummer sedan senaste utskick och inte laddat ner appen, samt om olika typer av ovana eller handhavandefel hos medarbetare eller patient. I riskanalys och implementering betonades också att det är viktigt att medarbetaren alltid gör en egen klinisk bedömning av de tips som beslutsstöd/digital assistent ger.

Åtgärder för att minska dessa risker innebar bland annat att säkra daglig bevakning av inkommande ärenden via koordinator i plattformen, att tillgängliggöra introduktionsutbildning och återkommande support till verksamheterna och medarbetarna, samt att återgå till traditionella rutiner för kontaktvägar och bedömningsstöd om de tekniska verktygen i något läge inte skulle fungera.

Vid värdering av riskerna med att ändra arbetssätt till digital ingång vid kronisk sjukdom får man betänka att nästan alla patienter med kronisk sjukdom tills idag har hanterats helt reaktivt, dvs de har själva uppmanats höra av sig innan recepten tar slut. Endast patienter med enstaka diagnoser (t ex diabetes och KOL) har normalt sett hanterats med manuella kallelselistor. I det perspektivet är vinsterna stora med att försöka etablera ett proaktivt, digitalt arbetssätt som har potential att hantera alla patienter med kronisk sjukdom och som bättre kan differentiera insatsen efter individens behov, snarare än att utgå från manuellt hanterade, oförberedda och statiska årskontroller.

Tidplan för projektets genomförande

Tidsplan projekt Nära vård 2022	Inte helt slutfört moment											
Capio närsjukvård Stockholm	avslutat moment											
Aktivitet	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Projektplanering												
Inledande tester av proaktivt, digifysiskt patientflöde												
RPA-mappning												
RPA-programmering för automatöverföring från VIK												
Produktion och spridning av gott exempel via jobbadigifysiskt.se												
Uppstart av lokala projektgrupper												
Gemensamma projektmöten mellan enheternas projektgrupper (Magnus kallar)												
Identifiera patienter för djupintervjuer												
Inhämtning av återstående medgivande av listade för digitalt utskick												
Etablering av samtliga 4 RPA-VIK för digitala utskick på projektenhet												
Etablering av samtliga 4 vågar för digitala utskick på projektenhet												
Kontrollistor tömda och löpande hantering etablerad												
Riktat, specifikt stöd till andra enheter för spridning och etablering												
Föreläsa i våra nätverk												
Ta fram gemensamt förslag på levande patientkontrakt												
Patientintervjuer och sammanställning												
Medarbetarenkät och sammanställning (styrgrupp)												
Utbildning och uppstart ALMA på 2 projektenheter												
Utvärdering ALMA och ev utvidgning (styrgrupp)												
Justeringar i ALMA inför breddinförande												
Erbjudande av ALMA till samtliga enheter												
Slutlig utvärdering projekt enligt uppställda mått (styrgrupp)												
Sammanställ projektrapport dec-jan (styrgrupp)												

Projektorganisation

Projektet har organiserats i en styrgrupp, en projektgrupp och ytterligare verksamhetsföreträdare.

Roller och ansvar beskrivs nedan:

Styrgrupp

Styrgrupprepresentanter har haft möten cirka en gång per månad. Styrgruppens uppdrag var att säkerställa att projektet följer projektplanen och gav aktivt stöd till projektledningen. Styrgruppen säkerställde även att nödvändiga beslut togs kring användning och fördelning av projektmedlen i samt att projektledaren och projektenheter genomförde kontinuerliga statusrapporter. I Styrgruppen har ingått: Affärsområdeschef Karin Steinberg, kvalitetschef Eva Westerman, regionchef Ditte Ljungman, regional medicinsk chef (tillika projektledare) Magnus Röjvall, regional medicinsk chef Seika Lee, IT-chef André Isaksson, digital verksamhetsutvecklare Tuija Peltonen, Maria Erfors controller och Rasmus Christenson controller. Verksamhetschefer från initiala projektenheterna presenterade månadsvis sitt arbete för styrgruppen.

Projektgrupp

Projektgruppen har haft månatliga möten under andra halvan av året och mailkontakt däremellan. Projektgruppen har ansvarat för att testa tekniken och komma med förbättringsförslag, implementera en proaktiv, digital hantering för kronisk sjukdom med fyra olika startpunkter i egen verksamhet och sedan på olika sätt understödja spridning av dessa arbetssätt till andra enheter. I projektgruppen ingick projektledare, verksamhetschefer från fyra vårdcentraler och särskilt utsedda medarbetare (läkare + sjuksköterskor) från respektive verksamhet.

Verksamhetsföreträdare

Under arbetets gång har verksamhetschefer och olika medarbetare på projektenheterna och övriga vårdcentraler i Capio närsjukvård involverats aktivt. Det har handlat bland annat om lärtillfällen, inspelning av utbildningar, inspirationsdagar och webinarier för att fånga förbättringsförslag och sprida goda exempel.

METODBESKRIVNING

Förstudie

Under 2019 - 2021 har olika typer av piloter gjorts inom Capio Närsjukvård Stockholm för digital informationsinhämtning för patienter olika diagnoser. Bland annat har ett projekt genomförts kring digifysisk hantering av patienter med okomplicerad hypertoni med finansiering av Innovationsfonden i Region Stockholm. Ett flertal lokala utvecklingsarbeten har gjorts på vårdcentralerna för att testa digital ingång för uppföljning av kronisk sjukdom.

Beskrivning av ny process för personer med kronisk sjukdom

Patienter med en eller flera kroniska sjukdomar utgör alltså halva befolkningen. Vården har aldrig varit i närheten av att klara av att hantera dem alla med proaktiva processer baserade på principen vård efter behov. Det har helt enkelt inte varit möjligt att göra med traditionella arbetssätt och med de begränsade verktyg vi tidigare haft.

Endast ett litet fåtal har hanterats proaktivt via manuella kallelselistor (ofta t ex patienter med diabetes), men då har kallelse skett utifrån ofta årgammal information, och besöken oftast varit oförberedda och utan aktuell, individualiserad behovsprövning.

Den absoluta majoriteten av personer med kronisk sjukdom har hanterats helt reaktivt genom att de själva fått höra av sig för receptförnyelse. Ofta har läkaren då haft bristfällig information för att kunna förnya recepten med bevarad medicinsk säkerhet och kvalitet. Antingen har recepten på grund av tidsbrist ändå förnyats, med risk för bristfällig medicinsk kvalitet, alternativt har patienten kallats in för besök och först där och då har tillräcklig information samlats in för att på ett säkert sätt bedöma en längre receptförnyelse (bild 6).

Traditionellt flöde Kronisk sjukdom/receptförnyelse

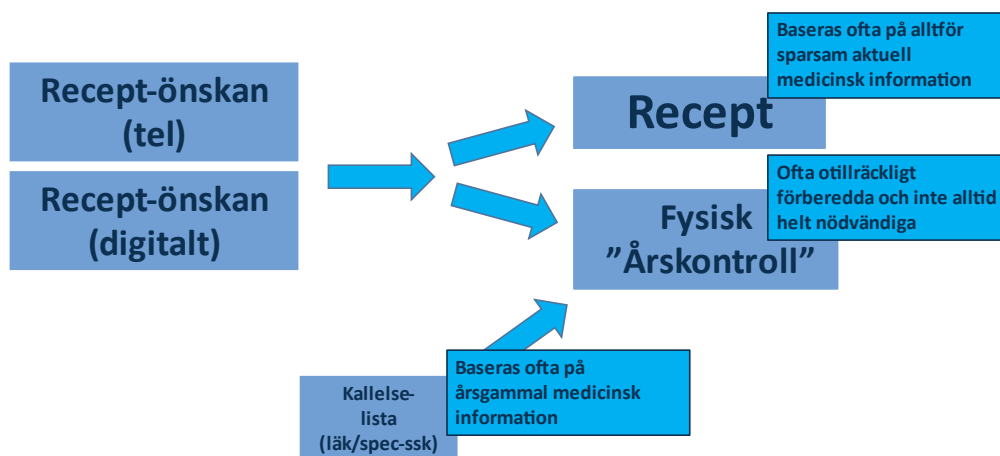


Bild 6: Traditionellt flöde för receptförnyelse/uppföljning av kronisk sjukdom

Med detta projekt har vi på allvar påbörjat skiftet till en proaktiv, digital ingång för personer med kronisk sjukdom. Hur detta genomförs beskrivs i bild 7. Det handlar om att alltid sträva efter att börja uppfølningen med digital insamling av strukturerad information. Det kan handla om levnadsvaneanamnes, mätvärden, skattningar och frågor om patientens förväntningar eller önskemål. Denna information ligger sedan till grund för en individualiserad planering tillsammans med patienten. Vid behov delas informationen i plattformen med någon kollega eller annan profession för stöd (via en sambedömning). Åtgärden kan t ex landa i enbart digital textkommunikation och nytt recept, ett videobesök för levnadsvanerådgivning eller ett fysiskt besök för kompletterande undersökning. På detta sätt kan onödiga och oförberedda besök minimeras, och de besök som behöver genomföras kan anpassas i tid och omfattning till patientens aktuella behov.

Individualiserad digifysisk uppföljning av kronisk sjukdom / receptförnyelse

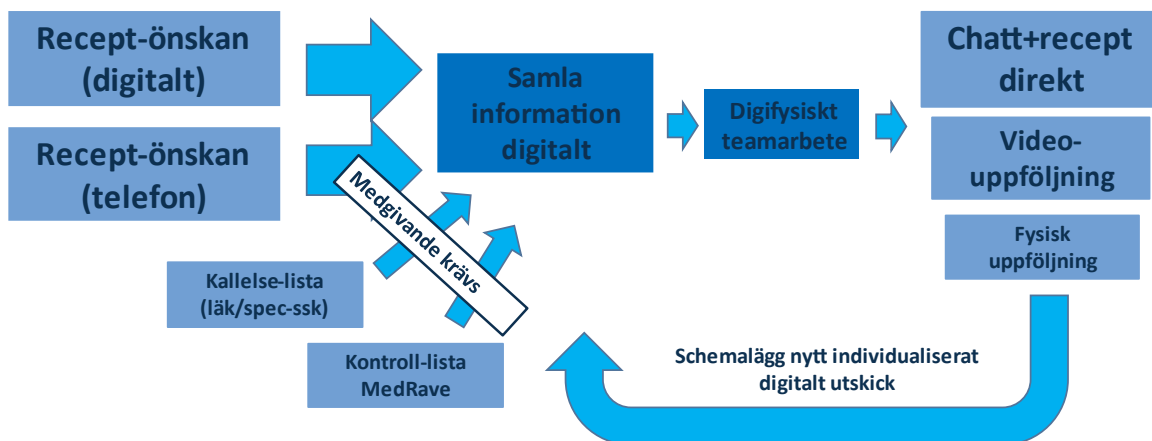


Bild 7: Individualiserad uppföljning av kronisk sjukdom

Inflödet från vänster av receptönskemål är typiskt sett den vanligaste kontaktorsaken på en vårdcentral och kan uppgå till 15 - 25 % av alla kontakter. Genom att man schemalägger ett automatiskt digitalt utskick inför nästa uppföljning, senast en månad innan receptet tar slut, kan detta stora och oförberedda inflöde minska radikalt till nästkommande år. Man kan istället välja att förekomma receptbehovet genom att identifiera patienten i kvalitetssystemet MedRave, vilket beskrivs närmare nedan.

Manuella kallelselistor har som sagt aldrig hanterat mer än en mindre del av primärvårdens patienter med kronisk sjukdom. Genom att övergå till schemalagda, digitala utskick kan det administrativa arbetet med att sköta kallelselistor minska och osmidiga, kostsamma brevkallelser minimeras. Kontakt aktiveras istället med patienten i den digitala plattformen via ett antal frågor som baseras på patientens kända sjukdom. Vårdpersonalen och patienten kan sedan gemensamt enas om vilka insatser som behövs just denna gång.

De flesta vårdcentraler i regionen använder kvalitetssystemet MedRave. I detta system kan man hitta patienter som inte fått sin diagnos registrerad under senaste tiden, vilket oftast är en signal om att vi inte erbjudit tillräcklig uppföljning. För dem som däremot fått sin diagnos registrerad visar MedRave för vilka patienter vi saknar väsentlig information (t ex CAT vid KOL, blodtryck vid hypertoni eller HbA1c vid diabetes) eller där mätvärden/prover inte är optimala (t ex förhöjt blodtryck eller ett HbA1c som inte nått det individuella målvärdet). På detta sätt kan vården rikta särskilt fokus mot de patienter som saknar adekvat uppföljning eller som inte uppnår sina individuella målvärden. Genom att med hjälp av MedRave systematiskt säkra att patienter inte tappas bort - att vi har tillräcklig koll på patienterna - och att målvärden uppnås, kan arbetet med manuella kallelselistor avskaffas helt för de enheter som så önskar.

Ett alternativ till att schemalägga digitala utskick framåt i tiden kan vara att utifrån MedRaves kontrollista förekomma patientens behov av recept genom inställningen 10 - 11 månader, och

då skicka ut digitalt formulär till dem som inte fått sin kroniska diagnos registrerad under tidsperioden. Då förekommer vi patienters behov av att höra av sig för receptförnyelse, men undviker att schemalagda utskick går iväg till exempelvis patienter som flyttat eller redan är inbokade på besök. Olika vårdcentraler testar nu olika upplägg, och vilken av dessa metoder som fungerar bäst får visa sig i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Kriterier för inkludering av patienter i projektet

Patienter har inkluderats utifrån ett känt behov, och vi börjat med att fokusera på ett urval av kroniska diagnoser:

1. KOL
2. Högt blodtryck
3. Diabetes
4. Astma
5. Hypotyreos (testades i mindre skala efter hand)

Diagnoserna valdes utifrån kunskapsstyrningens prioriteringar. Publicerade vårdförlopp finns t ex för KOL och diabetes. Högt blodtryck och diabetes har även lyfts fram av RPO Primärvård som prioriterade grupper inom området kardiovaskulär prevention, med särskilt fokus på behovet av strukturerad uppföljning med nya arbetssätt och ny teknik. Astma togs med utifrån det faktum att mängden uppskjuten vård varit betydande under pandemin och det fanns ett stort behov av att hitta nya arbetssätt för trygg kontakt med patienterna utan manuella kallelselistor eller att samtliga behöver komma på besök/spirometri. En stor andel av patienterna med behandling för hypotyreos behöver inte följas upp med traditionella besök, men förutsättningen för detta är en säker informationsinhämtning av hur patienten mår, om medicinering fungerar bra, och en enkel provtagning.

Patienter med någon av ovanstående diagnoser har identifierats utifrån huvudsakligen en av fyra startpunkter:

1. **Önskemål om receptförnyelse** (via telefon eller digitalt)
2. **Från Medrave kontrollista**, där patientens kroniska diagnos inte är registrerad under senaste tiden. Det betyder att vi sannolikt inte har tillräcklig koll på patientens nuvarande behov.
3. Väsentlig **information saknas i QPI** (Quality Performance Indicators) i MedRave. Det betyder att vi sannolikt inte har tillräcklig koll på patientens nuvarande behov.
4. **Överföring från befintlig, manuell kallelselista** i Take Care.

Systemet med digitala utskick fungerar så att vårdgivaren aktiverar/schemalägger ett digitalt utskick med/utan medicinskt formulär. Patienten får ett sms med information om att vårdcentralen skickat ett meddelande. Patienten loggar då in med BankID via länken eller via Capioappen, och kan där ta del av innehållet i utskicket, besvara frågor och fortsätta kommunikationen med vårdgivaren.

Patienter som involverades i det nya arbetssättet ska dessutom uppfylla följande specifika kriterier:

- a) Det ska finnas ett medgivande för digitalt utskick
- b) Patienten behöver ha tillgång till BankID och smartphone

[Att begränsa antalet ytor för arbete och bevakning](#)

En förutsättning för att storskaligt införa nya arbetssätt är att de även förbättrar för medarbetarna. En generell utmaning vid införande av nya digitala verktyg är att de tenderar att öka antalet olika verktyg som medarbetaren förväntas arbeta i och växla mellan, vilket innebär en risk för försämrade arbetsmiljö. Risken för misstag i form av bristande bevakning kan också öka. Det är en viktig uppgift för verksamhetsledningen att aktivt verka för ett minskat antal bevakningsytor och att underlätta administration och journalföring.

Det behöver vara lätt att göra rätt. Vid vårt skifte till ökat arbete via digital plattform (Doctrin) har vi hanterat det via ett flertal olika åtgärder:

1. Möjligheten till separata, inkommande digitala kontakter via **1177.se** har avslutats. Patienterna har i stället länkats till vår digitala plattform (Doctrin) som har fler funktioner än 1177.se och på olika sätt förbättrar för både patient och medarbetare. Detta har varit en förutsättning för en framgångsrik övergång i stor skala, och har gjorts med regionens godkännande.
2. Användning av **webbformulärstjänsten** i Take Care har avslutats på allt fler av våra enheter. Vi har sedan länge arbetat aktivt för att säkra en patientsäker bevakning av webbformulären, men också sett stora utmaningar med att få det att fungera löpande i ett separat system. Vi skrev ett brev till regionen redan 2019 och pekade på patientsäkerhetsrisken. Efter att vi under 2022 uppmärksammade ett tragiskt fall av suicid hos en annan vårdgivare har många av våra enheter valt att stänga av webbformulärstjänsten för att minimera dubbelarbete med bevakning och minska patientsäkerhetsrisken. I suicidärendet hade patienten skickat in suicidal kommunikation i webbformulär till den andra vårdgivaren inför besöket, men innehållet hade inte bevakats av lämplig kompetens varefter patienten hann suicidera.

- Ärendet har därefter anmälts enligt Lex Maria. Det finns fortsatt en oerhört stor mängd obedömda webbformulär i regionen.
3. Införande av **digital assistent (RPA)** som förenklar överföringen av information från Doctrin till rätt sökord i Take Care.
 4. **Automatiserad bevakning och digitala utskick utifrån information i kvalitetssystem (MedRave)**. Arbetet har påbörjats för att testa automatiserade digitala utskick direkt från kvalitetssystemet till patienter med kronisk sjukdom som vi inte haft kontakt med eller där vi saknar väsentlig information för bedömning/prioritering. En mindre teknisk justering i MedRave krävs innan test av detta kan starta på riktigt.

Digital assistent (RPA) för förenklad informationsöverföring till journal

För att kunna arbeta effektivt med datadriven förbättring i verksamheten, med beslutsstöd/assistent såsom ALMA och med kvalitetssystem såsom MedRave krävs att journalföringen sker strukturerat när det är möjligt. En utmaning vid införande av nya digitala verktyg är att de sällan är fullt ut integrerade till sökordsnivå. Eftersom diskussion parallellt har förts i regionen kring Take Cares livslängd har också intresset av att satsa på integreringar varit skiftande.

Vi har därför valt att skapa en robotsassisterad överföring av information mellan Doctrins digitala plattform till rätt sökord i Take Care. Det spar tid och säkrar en strukturerad journalföring och kan vara en extra motivation för medarbetaren att skifta över arbetet till digital ingång som från början kan kännas ovant.

Vi har startat användningen av digital assistent (RPA) just för digitala formulär som innehåller mycket strukturerad information som är viktig att journalföra och där potentialen även i övrigt är stor när man växlar till digital ingång för uppföljningen. Det är fallet t ex vid diagnoserna högt blodtryck, diabetes, astma och KOL, samt vid diverse skattningar av psykisk ohälsa.

När medarbetaren tar emot det ifyllda digitala formuläret i digitala plattformen kan man med ett enkelt knapptryck få hjälp av den digitala assistenten att föra över den strukturerade informationen till rätt sökord i Take Care. Medarbetaren kan sedan själv komplettera informationen vid behov eller kopiera över eventuell annan viktig fritextinformation, kontrollera innehållet och signera anteckningen direkt.

I samband med överföringen varnas medarbetaren särskilt för vissa typer av information som kan vara extra viktig att uppmärksamma såsom bröstsmärta eller andnöd.

Programmeringen av den digitala assistenten har gjorts av företaget Sirenia www.sirenia.eu efter mappning till rätt sökord av regionalt medicinsk chef tillsammans med IT och digital verksamhetsutvecklare. Viss anpassning av journalmallar har gjorts.

Under införandet skapades möjlighet till återkommande återkoppling från användarna (ffa sjuksköterskor och läkare) för att ytterligare förbättra automatöverföringen. Vi samlade också in förslag på fortsatt utveckling.

Diskussioner har förts med MedRave kring smärre justeringar som behövs i deras verktyg för att sedan kunna testa automatiserade utskick till patienter som saknar registrerad diagnos eller som saknar viktig journalförd information i QPler. Signaler finns nu om att detta ska vara möjligt inom kort. En etablering av automatiserade system för att initiera regelbunden uppföljning, utan att det nödvändigtvis rör sig om besök, kommer att vara helt nödvändigt för

att vården fullt ut ska kunna hantera strukturerad och behovsprövad uppföljning av alla med kronisk sjukdom. På samma sätt som det inte är acceptabelt att primärvården missar patientiniterade, inkommande kontakter kan det heller vara acceptabelt på sikt att vi inte systematiskt synliggör kända behov, för att kunna prioritera vår tid rätt. För att faktiskt nå dit på ett bra sätt kommer det krävas ett utvecklingsarbete och noggrann implementering steg för steg i nära samverkan med medarbetare och ledare på vårdcentralerna.

Metoder för spridning av arbetssättet

Fyra initiala projektvårdcentraler (Blackeberg, Skogås, Slussen och Solna) anmälde sig för att testa och etablera digital ingång för uppföljning av kronisk sjukdom på sina egna enheter och sedan bidra till spridningen till andra. Stegvis utvidgades sedan fokus till övriga Capiovårdcentraler. Arbetssättet spreds via:

- Ledningsgrupper för verksamhetschefer
- MAL-grupp (medicinskt ansvariga läkare)
- Inspelade utbildningar på Capio Academy
- Medarbetarnätverk för astma/KOL och diabetes
- Inspirationsdagar för lokala ledningsgrupperna från enheterna
- Webinarier för medarbetare för att fånga upp frågor och svar
- Riktat stöd från Capios Region Digital till enskilda vårdcentraler
- Regionens hemsida jobbadigifysiskt.se där Capio vårdcentral Solna presenterat delar av arbetssättet

Rutiner

Vårdcentralens lokala rutiner användes i första hand. Där rutiner behövde kompletteras utarbetades rutinförslag som sedan erbjöds vårdcentralerna och som anpassades efter lokala förhållanden. Textmallar och standardfraser skapades för att standardisera initial kommunikation/kallelser till patienter i möjligaste mån.

Testning och införande av integrerat beslutsstöd (ALMA)

Under vintern 2022 lanserades digitala kollegan ALMA i samarbete med CGM. Det är en integrerad assistent/beslutsstöd som utför två principiellt olika funktioner.

1. ALMA läser journalen som man öppnar i Take Care (journaltext, lablista, läkemedelslista osv) och analyserar innehållet i realtid gentemot gällande riktlinjer från kunskapsstyrningen (t ex Kloka Listan, Viss.nu och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp). Vårdgivaren får sedan tips nere i ena hörnet av skärmen på sådant som kan vara värde att uppmärksamma. Det kan t ex handla om att riktlinjer till synes inte följs, att labvärden försämrats och att läkemedelsdos kanske behöver justeras eller att en kronisk diagnos inte registrerats på en längre tid och kan behöva följas upp.
2. Utifrån de tips som ges kan man få hjälp med *automatiserade åtgärder* såsom att skriva färdiga recept, remisser, brev eller journalanteckningar som sedan vårdgivaren själv bara godkänner i sista steget.

Under maj till oktober testades ALMA i ett par pilotverksamheter inom Capio och en del justeringar gjordes sedan i diskussion med Blackwell Medtech. Det handlade om enstaka

mindre ändringar i ALMA:s medicinska algoritmer och en del tekniska inställningar utifrån lärdomarna från pilotenheterna. Kring årsskiftet kunde sedan verktyget erbjudas till alla Capiovårdcentraler i Stockholm som önskade det, och hittills har 17 Capiovårdcentraler i Stockholm valt att starta. Parallellt har verktyget börjat implementeras i Capio psykiatri. https://www.cgm.com/swe_se/vierbjuder/takecare/alma.html

Det är ett stort steg framåt att nu kunna kombinera å ena sidan ett integrerat beslutsstöd som baseras på aktuella journaluppgifter från den enskilde patienten och kunskapsstyrningens riktlinjer, med å andra sidan ett strukturerat datadrivet arbetssätt via kvalitetsverktyget MedRave som understödjer prioriteringar och kvalitetsarbete. När detta kombineras med Doctrins plattform för proaktiv, digital informationshämtning och patientkommunikation närmar vi oss nu för första gången tillräckligt bra verktyg för att på riktigt kunna hantera halva befolkningen med kronisk sjukdom, och förbättra kvaliteten i uppföljningen med minskat tidsslöseri i manuella rutiner.

Utvärdering av medarbetarnas upplevelse

Den 11 januari 2023 skickades en anonym, digital enkät ut via verksamhetschefer och medicinskt ansvariga. De uppmanades vidarebefordra enkätlänken till medarbetare som aktivt använt digitala utskick med sjukdomsbaserade formulär generellt, och i synnerhet om de använt automatöverföringen av data till Take Care via digital assistent (RPA).

I bilaga 2 framgår enkätens innehåll. Enkäten avslutades och svaren sammanställdes den 28 januari.

Utvärdering av patienternas upplevelse

Vi började i Capio närsjukvård samverka strukturerat med våra patienter 2015, genom att fråga patienterna hur de upplever bemötande, information, delaktighet och också att be dem lämna synpunkter i en öppen kommentar. Varje vårdcentral går regelbundet igenom svaren, analyserar resultaten och identifierar förbättringsmöjligheter som ligger till grund för förbättringsarbete - som man sedan följer upp i kommande enkäter.

Vi har utökat samverkan genom djupintervjuer kring olika frågor som berör Nära Vård. De sammanställda intervjuerna ger oss en djupare bild av patientupplevelsen och önskemål från patienterna. Eftersom vi intervjuar personer i olika åldrar, med olika diagnoser och även personer utan någon specifik diagnos, ser vi de olika behov som finns och kan anpassa vården.

Många av våra vårdcentraler samverkar med patienter vid förändringar eller i någon specifik fråga, som tex hur man kan förbättra sin KOL/astma mottagning, som på Capio vårdcentral Nynäshamn där det framkom att flera av patienterna gärna ville ha fler digitala kontakter i stället för fysiska besök. Ett annat exempel är Capio vårdcentral Väsby som under längre tid arbetat med ett lokalt patientråd.

Våra patienter samverkar även med oss i både Managementmöten och Managementutbildning. I utbildningen får deltagarna arbeta i grupp och ta fram förslag på förbättringar och presentera för en grupp patienter som bedömer förslagen och föreslår justeringar utifrån ett patientperspektiv.

I Capio Sverige har vi ett kvalitetsråd som träffas en gång i månaden. Det leds av vår chefläkare Margareta Danelius, och ledamöter består av chefläkare och kvalitetschef från varje

affärsområde. Till kvalitetsrådet har vi bjudit in patienter vilket fallit väldigt väl ut och det skall därför följas upp med fler möten.

Vi startar nu också utbildningsfilmer med en grupp patienter, som kommer att svara på vårdpersonalens frågor om vad patienterna tycker; "Fråga patienten".

I vårt *Patientmagasin*, som bygger på vår årliga kvalitetsrapport, berättar vi om hur vi arbetar med kvalitet och visar våra resultat <https://capiro.se/siteassets/capiro-patientportal-se/om-capiro/kvalitet---med-dig-i-fokus/patientrapport-2021---capiro-narsjukvard---webbversion-tillganglighetsanpassad.pdf>. Våra patienter har granskat innehållet och lämnat synpunkter vad som ska tas bort och vad man vill ha med. Vi har nu även gjort en lättläst version av Patientmagasinet för att nå ut till ännu fler. Ju mer vi samverkar med våra patienter på detta sätt desto mer självklart har det blivit att bjuda in patienter att medverka i vården. Det är värdefullt på alla sätt, både för patienter och medarbetare.

Under hösten genomfördes ett antal djupintervjuer i detta projekt med patienter från de fyra initiala pilotenheterna. Målet var att rekrytera patienter från de olika pilotenheterna, som utifrån olika diagnoser testat det nya sättet att initiera uppföljning av kronisk sjukdom. Patienterna tillfrågades kring frivilligt deltagande via medarbetare på respektive enhet och kontaktuppgifter förmedlades sedan till vårt kvalitetsteam som genomförde intervjuerna.

Inför intervjuerna stämde vi av innehållet med erfaren spetspatient, och diskuterade även hur vi kunde involvera patienterna ytterligare i utformningen av både utvärderingen och det fortsatta arbetssättet.

Utöver detta bjöds alla patienter i digitala plattformen löpande in att utvärdera kontakten. Just de resultaten gäller dock samtliga patienter som valde att svara efter kontakten i digitala plattformen, och inte enbart dem som fått digitala utskick för kronisk sjukdom.

RESULTAT OCH ANALYS

Antal digitala ärenden och olika kategorier

Under 2022 genomfördes 308 100 digitala ärenden i Doctrins plattform på Capios primärvårdsenheter i region Stockholm. Det rörde sig om chatt med eller utan formulär/bilder eller videobesök. Åldersfördelningen för dessa kontakter framgår i diagram 6. Att notera är att åldersfördelningen är väsentligen annorlunda än för separata, heldigitala ärenden (som ofta diskuteras under begreppet "nätläkare"), med en betydligt bredare spridning upp i högre åldrar. Denna åldersfördelning kommer kunna påverkas ytterligare när vi på bred front börjar arbeta med digital ingång för uppföljning av kronisk sjukdom. Av alla årets digitala ärenden var 51 065 digitala utskick som initierades från vårdens sida, resterande ärenden initierades av patienterna själva via Capios app eller hemsidor.

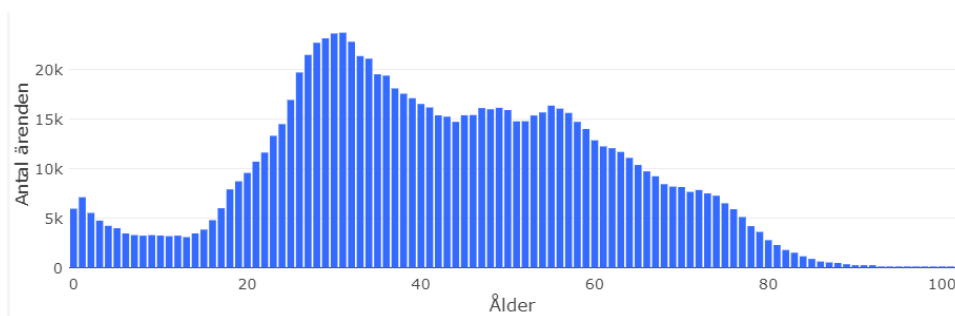


Diagram 6: Åldersfördelning i digitala kontakter på Capios primärvårdsenheter i Stockholm 2022

En stor majoritet av de vårdgivarinitierade utskicken handlade om digitala utskick utan frågeformulär (t ex återkoppling av provsvar eller uppföljning under pågående kontakt), som ersätter bland annat traditionell brevpост och säkrar möjlighet till svar med kontinuitet på eventuell följdfråga från patienten.

8% (4 114) av de vårdgivarinitierade digitala ärendena utgjordes av digitala utskick inkluderande ett specifikt frågeformulär.

Förenklad överföring till Take Care med digital assistent (RPA)

Av de 4 114 vårdgivarinitierade ärendena med specifika frågeformulär under året utgjordes 3 255 av digitala formulärsutskick till personer med någon av diagnoserna astma, KOL, högt blodtryck eller diabetes som vi hade i särskilt fokus initialt under detta projekt. För dessa diagnoser startade under hösten en förenklad överföring av information till rätt sökord i Take Care. Denna förenklade dataöverföring användes 2104 gånger under hösten och av 85 olika medarbetare på vårdcentralerna.

Patienternas upplevelser

Kvantitativ utvärdering

Samtliga patienter som har kontakt i digitala plattformen erbjuds att utvärdera tjänsten, oavsett om det rör sig om en patientinitierad eller vårdgivarinitierad kontakt. I omkring vart tredje patientärende väljer patienten att svara på de avslutande frågorna. Det rör sig alltså om omkring 100 000 svar under 2022. Resultaten för året var att:

1. 93 % av de svarande kunde rekommendera tjänsten till andra
2. 94 % av de svarande upplevde att de blivit bemötta med medkänsla
3. 91% av de svarande upplevde att de fått tillräcklig information

Utöver denna allmänna mätning av patienternas upplevelser i den digitala plattformen kompletterades undersökningen med djupintervjuer med patienter som tagit del av just digitala formulärutskick gällande sin kroniska sjukdom.

Kvalitativ utvärdering

Vi djupintervjuade nio patienter om deras upplevelse av digital kontakt vid uppföljning av kronisk sjukdom. Deltagarna valdes ut för att uppnå en spridning i diagnoser och i ålder. Det var fem kvinnor och fyra män med åldersspannet 22 - 80 år. Patienterna valdes utifrån kriteriet att de skulle ha fått digitalt utskick i samband med någon av diagnoserna astma, KOL, diabetes och hypertoni. Syftet med intervjuerna var att förstå patienternas upplevelse av erbjudandet att använda proaktiv, digital kontakt vid uppföljning av kronisk sjukdom och att kunna utveckla erbjudandet utifrån intervju svaren, även om urvalet inte säkert är representativt.

Intervjuerna genomfördes under hösten 2022 genom telefonsamtal, och deltagarna svarade på sex frågor om sin upplevelse av den digitala kontakten med vårdgivaren. Intervjuernas innehåll sammanfattas här nedan, men återfinns i sin helhet i bilaga 3.

” För min del betyder digital kontakt en lättillgänglig vård.”

I stort sett alla som blivit kontaktade digitalt för uppföljning ansåg att det var väldigt smidigt, att det underlättar kontakten med vården som inte känns krånglig längre. I jämförelse med tidigare kontaktvägar menade man att digital kontakt fungerar utmärkt, förenklar och ökar tillgängligheten:

” Allt som kan skötas digitalt vill jag ska vara digitalt, för att det förenklar min vardag.”

Många patienter tycks anse att kommunikation via chatten fungerar väl. Någon uttrycker också att det är smidigt att i en pågående kontakt med läkare eller sjuksköterskor fortsätta kontakten digitalt kring t ex provsvar eller uppföljande rådgivning. Flera påpekar dock att frågeformulären kan förenklas, och att man upplever att de innehåller onödiga frågor.

De flesta svarar att digitala och fysiska besök kompletterar varandra. Många gånger föredrar man digital kontakt men vill gärna ha fysiskt besök vid vissa tillfällen. Någon patient uttrycker att telefonkontakt fortfarande är att föredra.

Man är överlag nöjd med tekniken och upplever personalen som hjälpsam och professionell. Några förbättringsförslag är att förenkla genom att minska antalet frågor och att göra så att man inte behöver starta ett nytt ärende om man vill ställa kompletterande frågor längre fram. Man påpekar också vikten av att det ska finnas en förståelse för att innehållet kan vara svårt att förstå för någon som har dyslexi.

Utfall i kvalitetsparametrar (QPIer)

Vid projektets start identifierades ett antal enkla uppföljningsmått för kvalitet. Eftersom användningen kom igång i bredare skala tillsammans med automatöverföringen först i september är uppföljningstiden dock väldigt kort för att bedöma egentlig effekt.

Antal patienter på kontrollistorna

Vid jämförelse av hur många patienter som stod på MedRaves kontrollistor aug 2022 (1279 st) och dec 2022 (1208 st) på de fyra initiala projektenheterna noteras att antalet alltså minskat en del (med 6 %), men inte alls i tillräckligt stor utsträckning ännu. Det är troligt att både listor och arbetssätt behöver förbättras en del innan vi kan nå en stor och bestående förändring i detta avseende. I nuläget är det alltför vanligt att patienter exempelvis finns på kontrollistan men numera tas omhand av annan vårdinstans, eller att diagnosen var felaktig från början. Förhoppningsvis kan dessa patienter lättare markeras på listan inom kort för att ytterligare förenkla arbetet.

Andel patienter där vi har aktuell, grundläggande medicinsk information

För respektive diagnos identifierade vi ett enskilt värde som ett tecken på att vi har aktuell "koll på läget" (inom 18 månader). Detta är naturligtvis en tydlig förenkling, men samtidigt behöver vi arbeta utifrån tumregler för att med tillräckligt enkla medel hitta de patienter som vi aktivt behöver säkra kontakt med.

Redovisning av utvecklingen för de fyra projektenheterna som startade omställningen efter sommaren (jämförelse mellan aug 2022 och jan 2023):

Patienter med astma som har registrerad ACT senaste 18 mån: **46 % ökning**

Patienter med KOL som har registrerad CAT senaste 18 mån: **32 % ökning**

Patienter med diabetes typ 2 som har registrerat HbA1c senaste 18 mån: **8 % ökning**

Patienter med hypertoni som har registrerat blodtryck senaste 18 mån: ej analyserat eftersom hemblodtryck inte kommer med samlat i MedRaves analys.

Medarbetarnas upplevelser

Enkäten besvarades av 35 medarbetare (27 sjuksköterskor och 8 läkare). Svarefrekvensen är okänd eftersom den delades som länk via email enligt ovan. De svarande individerna uppgav att de använt allt ifrån inga digitala utskicksformulär alls (2 personer) upp till att ha använt fler än 100 formulär (6 personer). Det var vanligast att man använt 10 - 49 formulär per person. 85 % av de svarande ville rekommendera kollegor att använda de digitala utskicken (Diagram 7). I diagram 8 framgår vilka diagnoser de svarande har hanterat på detta sätt.

Kan du rekommendera dina kollegor att använda digitala utskick (VIK)?

Svarade: 34 Hoppade över: 1

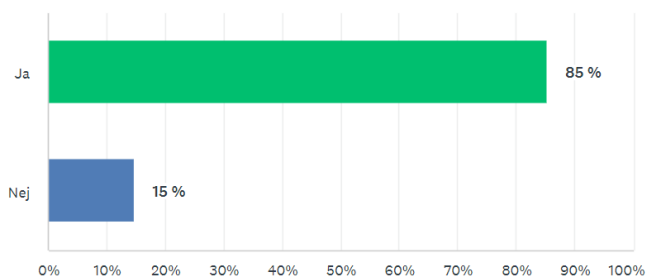


Diagram 7: (VIK = Vårdgivarinitierad kontakt)

För vilka diagnoser har du använt digitala utskick (VIK)?

Svarade: 32 Hoppade över: 3

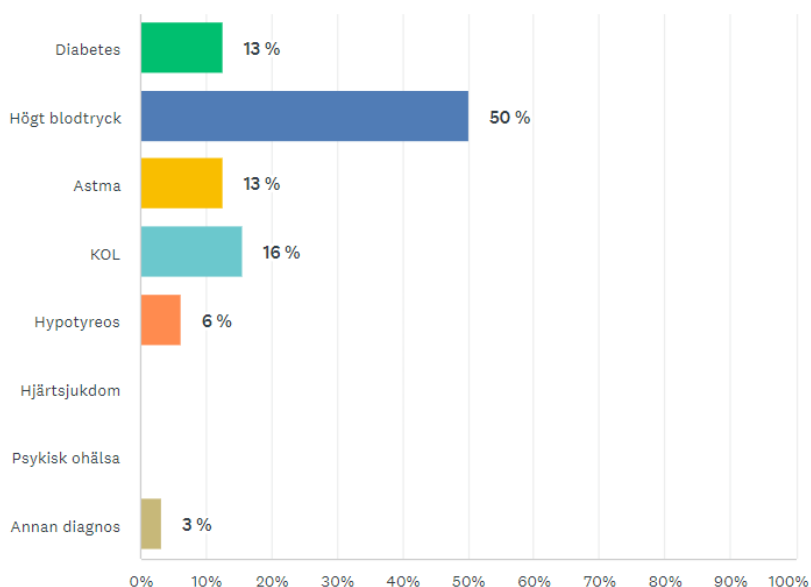


Diagram 8: (VIK = Vårdgivarinitierad kontakt)

På frågan huruvida digitala utskick hjälper för att undvika onödiga/oförberedda besök menade 42 % att detta ofta är fallet (ganska ofta + mycket ofta) medan 27 % menade att det sällan hjälper (väldigt sällan + ganska sällan). 30 % svarade att det hjälper ibland (diagram 9).

Hur ofta hjälper digitala utskick (VIK) dig att undvika onödiga/oförberedda besök?

Svarade: 33 Hoppade över: 2

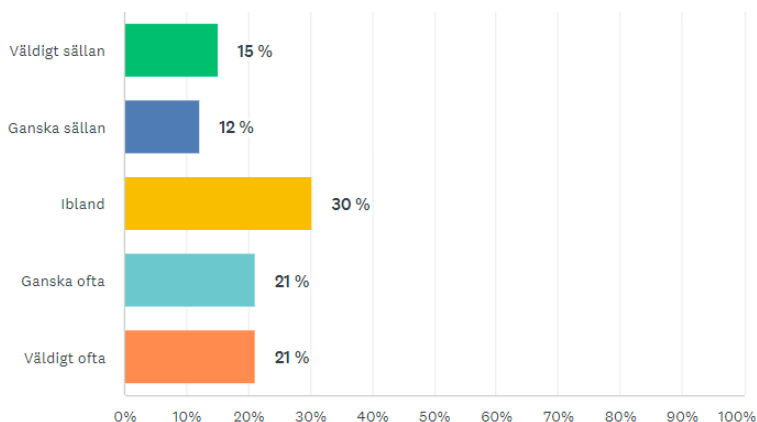


Diagram 9: (VIK = Vårdgivarinitierad kontakt)

På frågan huruvida digitala utskick hjälper för att prioritera/individualisera insatsen menade 39 % att det ofta är fallet (ganska ofta + väldigt ofta), medan 30 % menade att det sällan är fallet (våldigt sällan + ganska sällan). 30 % svarade att det hjälper ibland (diagram 10).

Hur ofta hjälper digitala utskick dig att prioritera/individualisera insatsen bättre till patienten?

Svarade: 33 Hoppade över: 2

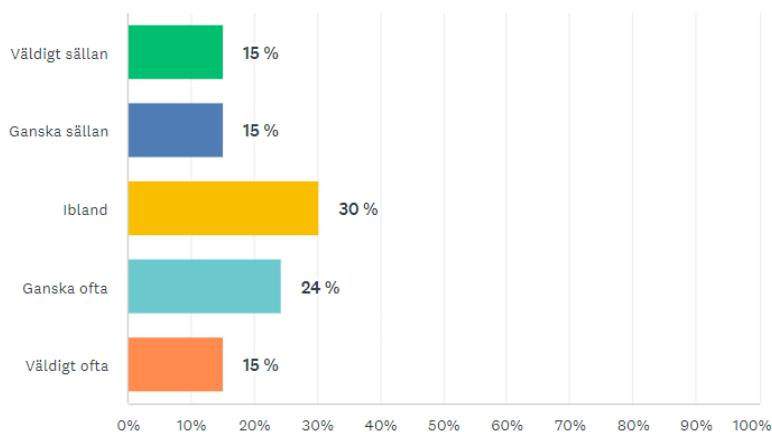


Diagram 10

Vad gäller användningen av den automatiserade överföringen av information från Doctrin till rätt sökord i Take Care ville 88 % av de svarande rekommendera det till kollegor (diagram 11). 47 % svarade att digitala assistenten (RPA) kan spara mycket (ganska mycket + väldigt mycket) tid i journalföringen (diagram 12).

Kan du rekommendera dina kollegor att använda digitala assistenten (RPA) för överföring av information från Flow till Take Care? (efter de tekniska förbättringar som gjorts under hösten)

Svarade: 32 Hoppade över: 3

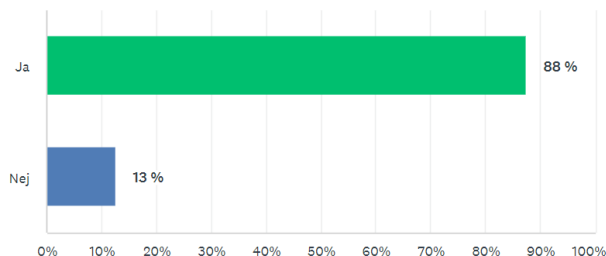


Diagram 11

Anser du att digitala assistenten (RPA) kan spara tid i journalföringen? (efter de tekniska förbättringar som gjorts under hösten)

Svarade: 34 Hoppade över: 1

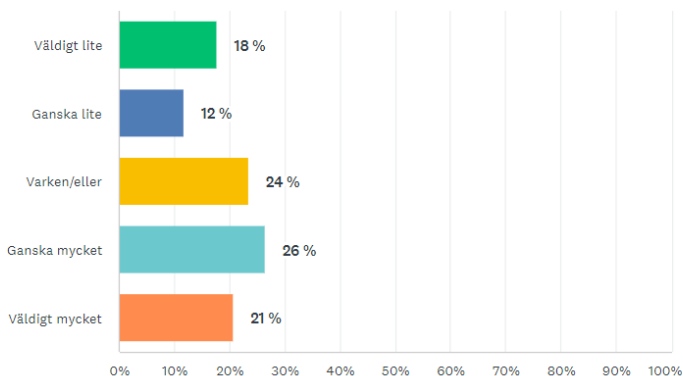


Diagram 12

På frågan huruvida digitala assistenten (RPA) kan förbättra kvaliteten i journalföringen menade 42 % att kvaliteten kan förbättras mycket (*ganska mycket + väldigt mycket*), medan 21 % menade att kvaliteten påverkades lite (*ganska lite + mycket lite*). 36% svarade *varken/eller* (diagram 13).

Anser du att digitala assistenten (RPA) kan förbättra kvaliteten i journalföringen så att rätt information finns under rätt sökord? (efter de tekniska förbättringar som gjorts under hösten)

Svarade: 33 Hoppade över: 2

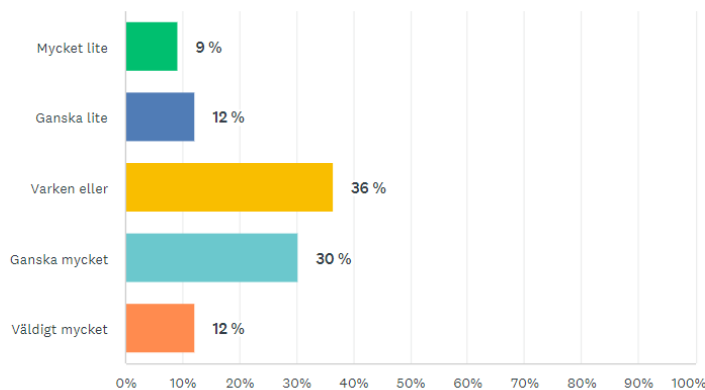


Diagram 13

Erfarenheter från dem som använt arbetssätt och verktyget mest

Om man skiljer ut svaren från de medarbetare som faktiskt hunnit använda arbetssättet och verktygen i lite större grad (50 gånger eller fler) ser man en förändring i resultatet. Dessa personer skattar arbetssätt och verktyg som ännu mer betydelsefulla. Bland dessa 12 medarbetare ville t ex 92 % rekommendera arbetet med digitala utskick, 75 % av dem menar att det ofta kan leda till att man undviker onödiga/oförberedda besök och 67 % menar att det ofta är en hjälp för prioritering/individualisering (diagram 14-15). Erfarenheten visar att viss vana behövs av nya verktyg innan dess potential kan uppnås. Detta är en möjlig förklaring till att de som hunnit använda verktygen mer också är ännu mer positiva till effekterna.



Diagram 14: Exempel 1 på erfarenheter från medarbetare (n=12) som hunnit använda fler än 50 digitala utskicksformulär

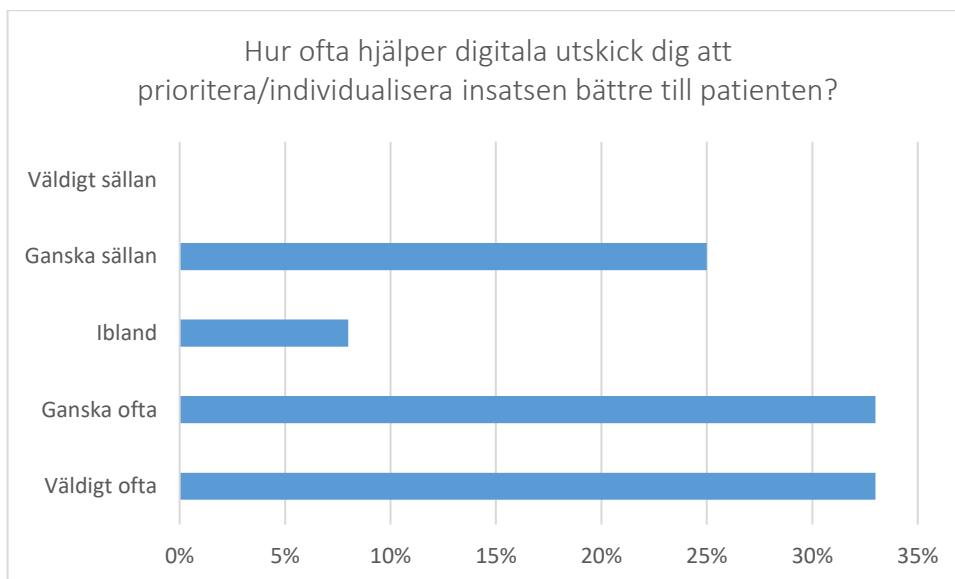


Diagram 15: Exempel 2 på erfarenheter från medarbetare (n=12) som hunnit använda fler än 50 digitala utskicksformulär

Erfarenheter från användningen av ALMA

På grund av att breddlanseringen av ALMA fördröjdes till årsskiftet 2022/2023 har vi avvaktat med att strukturerat sammanställa medarbetarnas upplevelser kring just detta verktyg. Under piloten upptäcktes en del tekniska bekymmer som åtgärdades under hösten i en ny version av verktyget. Enstaka justeringar av de medicinska algoritmerna har också gjorts inför breddlansering efter genomgång av regional medicinsk chef. Ramavtal har skrivits för hela Capio eftersom införande även pågår inom andra affärsområden.

DISKUSSION

En avgörande omställning – som dock bara påbörjats

Under projekttiden har flera avgörande steg tagits i verksamheterna för att i stor skala ställa om arbetssätten till proaktiv, digital uppföljning av personer med kronisk sjukdom. I kombination med detta har digitalt beslutsstöd (ALMA) lanserats, vilket tillsammans med ett mer strukturerat arbete i kvalitetssystemet MedRave ger förutsättningar för att bättre klara en uppföljning som rimmar med kunskapsstyrningen prioriteringar.

Samtidigt vittnar volymen av personer med kronisk sjukdom såväl som volymen av receptförnyelser om att behovet av nya arbetssätt är skriande för att förbättra för både patienter och medarbetare. Den omställning som nu sker är bara början på en nödvändig omställning som kommer att ta flera år att fullborda. Vi kan helt enkelt inte be våra medarbetare att springa snabbare. Fokus måste istället ligga på bättre stöd för att använda vår tid rätt, så att en större andel av tiden kan användas till professionella bedömningar och prioriteringar, oavsett vilken kontakttyp det handlar om. I vår digitala plattform inkom under hösten 2022 (sedan automatöverföringen startade) nära 25 000 patientinitierade önskemål om receptförnyelse, och antalet receptönskemål som inkommer per telefon är sannolikt fortfarande större än så. Utöver detta tillkommer patienter som står på manuella kallelselistor, patienter som själva av olika skäl inte hör av sig och patienter som bokas in på uppföljningsbesök utan förberedelser. Även om många enheter nu påbörjat skiftet över till digital uppföljning samt automatiserad dataöverföring, uppgår alltså användningen fortfarande bara till en mindre del av potentialen. Det tar helt enkelt tid att ändra hundraåriga manuella/reaktiva arbetssätt, även i väldigt utvecklingsdrivna och seriösa verksamheter. Primärvårdens generella förutsättningar som beskrivits inledningsvis gör utvecklingsarbetet än mer utmanande, men också än mer nödvändigt. I ljuset av detta är det mycket imponerande vad vårdcentralerna åstadkommit under året, inte minst eftersom verksamheterna fortsatt präglats en hel del av pandemirelaterade belastningar i form av frånvaro och uppskjuten vård.

Nycklar i ett framgångsrikt förbättringsarbete

En viktig förutsättning för en framgångsrik implementering är att både patienter och medarbetare involveras i utvecklingen, samt att verksamhetschefer, medicinskt ansvariga och digital support arbetar tätt ihop med en gemensam målbild. Capio arbetar medvetet på detta sätt med ett decentraliserat förbättringsarbete, kombinerat med ett starkt verksamhetsstöd och digitala verktyg som erbjuds från regional och nationell nivå. Vid varje avgörande utvecklingssteg säkras vi deltagande av företrädare från de berörda verksamheterna och involverar patienter, för att hela tiden utveckla erbjudandet så att det säkert gynnar patient, medarbetare och samhälle.

Utvecklingsbehov framåt

En automatiserad start på uppföljning av kända besvär

Det arbetssätt som beskrivits ovan är ett stort steg framåt för en proaktiv, digital startpunkt för uppföljning av personer med kronisk sjukdom, men vi kommer aldrig komma i mål med en helt patientsäker och jämlik hantering av detta område utan att ännu bättre automatisera processen. Det är mycket utmanande för primärvården med nuvarande förutsättningar att klara av att ägna tillräcklig tid och fokus till uppföljningar av halva befolkningens kroniska sjukdomar. Det måste vara betydligt lättare att göra rätt. Därför är det glädjande att justeringar nu sker inom kort i MedRaves kontrollista, för att detta sedan ska kunna börja testas. Först när vi får hjälp att systematiskt uppmärksamma behoven hos våra listade patienter kan vi göra adekvata prioriteringar av hur vi använder vår tid bäst. Att inte ta emot alla inkommande kontakter, eller att inte följa upp alla kända behov är två betydande exempel på bristande jämlikhet som vi nu i och med utvecklingen av nya verktyg och arbetssätt har bättre förutsättningar att hantera. Samtidigt är det helt uppenbart att en reell förstärkning av primärvården i linje med aktuella politiska ambitioner är helt nödvändig för att primärvården ska kunna matcha de förväntningar som byggts upp i både samhälle och kunskapsstyrning för den kommande nära vårdomställningen.

Verktyg och kunskapsstöd som bättre klarar samsjuklighet

Kunskapsstyrningen i Stockholm har tydligt lyft behovet av ett brett arbete med patienter med kroniska sjukdom som inte utgår enbart från enstaka diagnoser. Patienterna har som sagt ofta flera kroniska diagnoser, och primärvården har ingen möjlighet att bygga separata spår för samtliga diagnoser som behöver en strukturerad uppföljning. Ett exempel på en sådan ansats inom kunskapsstyrningen i Stockholm är att man samlat sex RPOer för en gemensam mål- och insatsplan för området hjärt-kärlprevention inom primärvård.

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/sakkunniga/regionala-programomraden/uppfoljning-av-rpo-primarvard-mal-och-insatsomraden.pdf>

De verktyg vi använder för uppföljning av kronisk sjukdom som vi beskrivit i denna rapport behöver utvecklas i enlighet med dessa insikter. Planer finns nu på att skapa ett nytt, mer anpassat digitalt formulär i Doctrins plattform som kan hantera flera av de vanligaste diagnoserna, utan att antalet frågor blir för stort. Planer finns också inom MedRave att skapa en gemensam kontrollista för flera kroniska diagnoser, och diskussioner pågår för att testa diagnosöverskridande rapporter för kronisk sjukdom. Dessa förbättringar kommer att vara avgörande när användningen ska skalas upp. Dessutom kommer ökande volymer att ställa krav på fortsatt teknisk utveckling av digitala plattformen i flera avseenden för att förenkla för både medarbetare och patient. Denna utvecklingsdialog pågår löpande med Doctrin.

Samordnad hantering av patientens medgivande

Patienten behöver som sagt ha lämnat medgivande för digitala utskick. Stor del av Sveriges befolkning har redan lämnat sådant medgivande på 1177.se, men det har hittills inte funnits något smidigt och systematiskt sett att ta del av och använda dessa medgivanden i det kliniska arbetet. Vi planerar nu att testa att via digital assistent synliggöra dessa medgivanden på ett enkelt sätt när sjuksköterskor tar emot samtal i TeleQ för att då enklare kunna initiera digitala utskick för att bättre kunna möta patientens behov, och vinna de fördelar som beskrivs ovan.

En väl genomarbetad implementering även av ALMA

ALMA innebär som sagt ett helt nytt sätt att kunna tillgängliggöra tips från kunskapsstöd direkt i patientkontakten utifrån journaldata. Vissa medarbetare på pilotenheterna har initialt upplevt värdet som begränsat, och att en del funktioner kan vara störande/ovana. De initiala tekniska problemen kan ha bidragit till den upplevelsen. Det finns relativt stor erfarenhet hos andra vårdgivare kring nyttan när man vant sig vid verktyget (t ex här: <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-4-2021/a/alma-en-digital-assistent/1919/471285/24591285>). Som alltid vid införandet av tekniska verktyg behöver vi strukturerat samla erfarenheter och arbeta nära användarna i utvecklingen för att fortsatt lära oss hur vi bäst använder verktyget inklusive de automatiserade åtgärdsfunktionerna. En viktig faktor för användbarhet är att verktyget även fortsatt är primärvårdsanpassat, så att antalet varningar/informationsposter per patient inte ökar alltför mycket på ett sätt som minskar relevansen.

En smartare hjälp till levnadsvaneförändring

Det är väl känt att sunda levnadsvanor har en stor betydelse för vår hälsa. Det finns också tydliga rekommendationer om hur vi kan arbeta för att hjälpa patienter att ändra sina levnadsvanor. Problemet är att det är mycket utmanande - för att inte säga omöjligt - att med nuvarande förutsättningar i primärvården arbeta fullt ut enligt riktlinjerna med behandling av levnadsvanor utifrån den tid det tar, och i relation till andra viktiga uppgifter. Särskilt utmanande är det att försöka rikta blicken mot primärprevention, dvs att arbeta med förebyggande stöd kring personers levnadsvanor redan innan sjukdom utvecklats.

För att på allvar klara att arbeta preventivt med levnadsvanor kommer vi och patienterna behöva bättre digitala stöd som först och främst uppmärksammar behovet, och sedan på ett attraktivt sätt involverar och motiverar patienter till de överenskomna förändringarna. Med rätt digitala verktyg för nudging kan vårdpersonalen sedan erbjuda resurseffektivt individuell stöd. Vissa personer kan klara sig enbart med självhjälp eller digitalt, automatiserat stöd medan andra kommer att behöva mer personligt stöd i bakgrunden, antingen digitalt eller fysiskt. Dessa verktyg och arbetssätt behöver beforskas och testas i klinisk vardag. Både beslutsstöd som ALMA och förbättrade digitala verktyg i patientens händer kommer att bli betydelsefulla för att underlätta skiftet till mer preventiva insatser.

Under 2023 vill vi utveckla arbetet inom levnadsvaneområde genom att ett team som är dedikerat till att arbeta med levnadsvanor och monitorering (Capio Hemma) kan erbjuda patienter med kronisk sjukdom en fokuserad period av levnadsvanebehandling. Patienten lämnas tryggt över via Doctrins plattform där de redan har kontakt, och själva levnadsvanebehandlingen (och monitorering) sker sedan i Cuvivas plattform som är tekniskt bättre lämpad för detta. Genom att försöka samla levnadsvanebehandling (och monitorering)

är förhoppningen att det kan ske strukturerat och resurseffektivt med en förhoppning om att ordinarie vårdcentral kan avlastas.

Dags att "skrota" remissen, och ta patienten med på resan?

Stockholms sjukvård präglas tyvärr ofta av ett avsevärt bollande av remisser mellan vårdgivare. Det är mycket utmanande för en vårdcentral att hålla reda på alla separata avtal och remissmottagare, som också ändras med jämna mellanrum. Förutom att skapa en hel del frustrerande merarbete är det långt ifrån optimalt för patienten eftersom väntetider kan öka. Patienten är dessutom inte alls involverad i kommunikationen vilket skapar både onödig oro och missförstånd. På samma sätt uppstår liknande problem när remisser skickas till primärvården från andra vårdnivåer.

Egentligen använder vi oss idag av två extremer när patienter ska överföras mellan vårdnivåer/vårdgivare. Antingen använder vi en så kallad *hänvisning* där ansvaret helt läggs på patienten att söka sig vidare, eller så använder vi *remiss*, där patienten tvingas vara passiv helt vid sidan om processen. Under 2023 avser vi utvidga arbetet med att istället ta patienten med oss på resan när vårdgivare i samma digitala plattform och tillsammans med patienten lämnar över ärendet mellan vårdnivåer eller diskuterar hur patienten bäst får sin vård fortsatt på samma vårdnivå. På detta sätt kan patienten mycket snabbare få besked om vad som planeras, och själv vara delaktig i den kommunikationen/överlämningen (via text/video). I samband med att vårdnivåöverföringar sker på ett sammanhållet sätt i gemensam digital plattform, och med gemensam överenskommelse tillsammans med patienten, kommer delar av vårt traditionella remissregelverk att behöva justeras.

Att fortsatt sprida goda exempel för breddimplementering

En framgångsrik implementering av nya arbetssätt och digitala verktyg handlar mycket om att faktiskt involvera medarbetare och ledare på olika nivåer. Vi behöver snabbt plocka upp det som fungerar väl, och samtidigt att justera det som från början fungerar mindre bra. Det arbetet kommer förstås att behöva fortsätta och även fortsatt inkludera patienterna. Vi behöver förstå och respektera att våra förändrade arbetssätt är en stor omställning även för många patienter. Äldre patienter eller patienter med lägre teknikvana behöver oftare riktat stöd för att vara trygga i de nya arbetssätten (se citat nedan). Vi kommer förstås behålla möjligheten att kontakta oss via telefon, och fysiska besök kommer även fortsatt vara den mest lämpliga kontaktypen för vissa frågeställningar och efterfrågas mer av vissa.

"Här hänvisar jag till min lite högre ålder och säger att en personlig kontakt är bättre då det ger mig en helt annan känsla för om läkaren/sjuksköterskan förstår vad jag menar"

Det finns betydande och tidsödande hinder vad gäller rapportering av distanskontakter i journalsystemet Take Care, som redan tar timmar att hantera varje dag på en modern vårdcentral. Det beror i grunden på att rapporteringen är byggd för situationen när en patient registreras i kassan på väg till ett fysiskt besök. Vi har sedan en längre tid fört diskussioner med regionen om att den tidsödande rapporteringen är ett hinder för oss och andra vårdgivare i omställningen. Med ökande erfarenheter hos även regionens vårdenheter kring de utmaningar som uppstår vid stora flöden av distanskontakter hoppas vi att samsynen för att åtgärda dessa problem kan stärkas.

För en fortsatt spridning av arbetssätten kommer vi att arbeta via våra utvecklade interna sammanhang som beskrivits inledningsvis. Utöver det erbjuder vi oss att dela erfarenheter och lärdomar med andra vårdgivare i samarbete med Region Stockholm för att bidra till en lyckad och integrerad digifysisk omställning av vården i regionen.

Bilaga 1

Risk av vårdöverskjutning till primärvården

Sammanställt av RPO primärvård (version januari 2023)

Risk för vårdöverskjutning till primärvården		
Oplanerad vårdöverskjutning till primärvård	Estimerad påverkansgrad (Hög/Medel/Låg)	Beskrivning
1 Bistå sekundärvården med utredningar (lab/röntgen/fysiologiska undersökningar)	Saknar kompetens, patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid	Utredningar som led i specialistmottagnings bedömning, i syfte att spara tid eller att vårdgivaren inte har tillgång till/får ersättning för undersökningsmetoden inom sitt uppdrag. Ex post-covidutredningar, hematuriutredningar, pre-operativa ortopediska utredningar. Hjärnaktivitetsundersökningar åt neurologen pga långa väntetider till neurolog.
2 Överföring av behandlingsansvar från sekundärvården för komplicerade sjukdomar hos äldre som i huvudsak behöver sin vård i hemmet	Många patienter i gruppen, saknar kompetens, patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid	Drabbar särskilt i basal hemsjukvård, SÄBO samt Hemrehab, exempelvis avancerad njursvikt, hyperparatyroidism, typ1 diabetes, avancerad men ännu inte terminal cancer, sondmatning, nefrostomier, suprapubiskatetrar, portar in i blodet etc. Gränsdragnin mot ASIH otydlig.
3 Kraftig ökning av omhändertagande av patienter (både vuxna och barn) med misstanke på mer avancerad underliggande psykiatrisk sjukdom	Saknar kompetens, patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid	Patientgrupp där primärvården får dåligt stöd av psykiatrin. Ökande krav på strukturerad psykoterapi i primärvården för potentiellt stora patientgrupper. Patienter med svår ångest/depressionsproblematik utremitteras i större grad till primärvård där specialistpsykiatrin inte anser sig kunna hjälpa patienten vidare. Patientsäkerhetsrisk att man delar upp ansvaret för patientens psykiatriska diagnoser mellan olika vårdgivare.
4 Allergivaccination vid pollen/pälsdjursallergi	Saknar kompetens, många patienter i gruppen, mycket personaltid	Ges som tablett under tungan (sublingual immunoterapi) under flera år. Kräver särskild utbildning av läkare (SLIT-körkort) och sjuksköterska, samt utredning, beredskap och upprepad uppföljning. Kräver mer specialiserade vårdcentraler vilket skapar sårbarhet och försvårar helhetsansvar. Enligt viss.nu specialiserad vård.
5 Läkemedelsbehandling mot osteoporos till patienter med kronisk sjukdom som sköts på specialistklinik	Patientsäkerhetsrisk, många patienter i gruppen, mycket personaltid	Behandling med zolendronsyra mot benskörhet (osteoporos) som ges som en infusion i blodet under 30 minuter en gång per år ingår i primärvårdens uppdrag. Övriga indikationer med andra behandlingsintervall och andra doser, t ex vid cancersjukdom, reumatiska sjukdomar är uppdrag inom sekundärvården. Kräver många besök och upprepad uppföljning. Patientsäkerhetsrisk då patienten delas mellan vårdgivare.
6 Administreringshjälp åt sekundärvården av distriktssköterska vid injektions/infusionbehandling	Många patienter i gruppen, patientsäkerhetsrisk	Stöd till sekundärvården inför planerad behandling. Tex tyrotropin (ett läkemedel som ges innan cellgiftsbehandling riktad mot sköldkörteln hos endokrinkirurg), thyrogenstimulering, hormonpåverkande injektioner mot prostatasjukdom, bröstcancer, endometriös, pubertas praecox (tidig pubertet). Saknas avtalsstöd för injektionsbehandling som patienten hämtat ut på recept. Potentiell patientsäkerhetsrisk, korrekt läkemedelshandling kan ej garanteras.
7 Bistå cancervården med årskontroller och magnetkamerakontroll	Potentiellt många patienter i gruppen, mycket personaltid. Saknas logistik, patientsäkerhetsrisk.	Omfattar årskontroller av förstadier till cancer i 3-10 år vilket inkluderar magnetkamera 1-2 ggr/år och kontroll av cancermarkörer, samt magnetkamerakontroll av benigna hjärntumörer, pankreascystor, fläckar på lungorna, gallbläsepolyper med viss risk för malignitetsutveckling men där beslut om tills vidare konservativ behandling tagits. JAK2-prover vid uppföljning av myeloproliferativ sjukdom.
8 Överflytt av patienter med utmattningssyndrom och kronisk smärta från andra vårdval	Många patienter	Många patienter kommer att hänvisas till primärvården. Stor risk för undanträngning om resurser inte flyttas med. Kommer att kräva förnyade och tydliga remitteringsvägar till bl a psykiatri och smärmtagning.
9 Kontroll av cancermarkörer inom ramen för standardiserat vårdförlopp (SVF) sekundärvård för att minska ledtider	Saknar kompetens, patientsäkerhetsrisk	Kontroll av cancermarkörer inom ramen för standardiserat vårdförlopp (SVF) sekundärvård för att minska ledtider. Kostnad för medicinsk service som läggs i primärvården. Kompetens för bedömning av svaren saknas.
10 Uppföljning och omhändertagande av patient pga lång väntetid till operation	Mycket personaltid, patientsäkerhetsrisk	Omhändertagande av patient vid lång väntan på operation. Exvis extra röntgenkontroll, intygsskrivande, förskrivning av läkemedel
11 Uppföljning av subduralhematom med röntgen	Saknar kompetens, saknas logistik, patientsäkerhetsrisk.	Uppföljning av subduralhematom (hjärnblödning) med röntgen (DT-hjärna) på remiss från neurokirurgen både avseende klinisk kontroll samt återinsättning blodförtunnande läkemedel (ASA/NOAK). Leder ofta till flera frågeremisser/konsultationer med sekundärvården.

12	Uppföljning av benign hjärntumör med MRT hjärna	Saknar kompetens, saknas logistik, patientsäkerhetsrisk.	Uppföljningar av patienter med benigna hjärntumörer. Rekommendationer om regelbundna MRT hjärna i upp till 10 år. Förändringar kan inte tolkas av beställande allmänläkare. Säkra kallelssystem och koordinatörer för detta saknas i allmänhet i primärvården.
13	Eventuell överflytt av ansvar för ME/CFS från Vårdval MMR2 till primärvården	Saknas evidens, patientsäkerhetsrisk, potentiellt mycket personaltid	Risk för okontrollerad överflytt av stor patientgrupp som förväntas omhändertas enligt icke-evidensbaserade metoder och riktlinjer.
14	Intravenösa infusioner, t ex antibiotika till patient, gränsdragning ASIH/basal hemsjukvård	Saknar kompetens, Mycket personaltid	Ökat antal remisser från slutenvård, specialistmottagningar och ASIH för olika infusionsbehandlingar till patienter i hemsjukvård. Kompetens kring dessa behandlingar saknas ofta. Stor tidsåtgång. Ofta behöver verksamheter kvällar, nätter och helger involveras, dvs många inblandade och ökad patientsäkerhetsrisk. Gränsdragning mot ASIH är ger mycket utrymme för individuella tolkningar om vem som har uppdraget. Förfrågningsunderlag kravställer dessutom att alla läkemedel som administreras på mottagning och i basal hemsjukvård ska rekvideras direkt till vårdcentralen, inte via receptförskrivning eller från slutenvården via patient.
15	Vidareremittering av patienter med psykiatrisk sjukdom med behov av insatser av rehabteam från psykiatri	Patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid	Rehabresurser saknas ofta i psykiatri, som vidareremitterar patienten till primärvårdsrehab eller vårdcentral för insats av kurator, arbetsterapeut etc. Potentiell patientsäkerhetsrisk att man delar upp ansvaret för patienten mellan olika vårdgivare.
16	Sjukskrivningsärende hänvisas ofta till primärvården	Mycket personaltid	Sjukskrivning (intyg och bedömning) hänvisas ofta slentrianmässigt till primärvården (vårdcentral och primärvårdsrehab) även om huvudkontakten finns i sekundärvården. Leder ofta till omfattande utredningsarbete. Sjukskrivning är en del av behandling och ansvarig läkare skall ta hand om även denna del.
17	Ökande krav från Försäkringskassan (FK) och Arbetsförmedlingen (AF) utredning och underlag för sjukskrivningar för mer svårbedömda tillstånd	Mycket personaltid	Här omfattas exempelvis diagnoser som utmattningsyndrom, ångest, depression i yrken med höga kognitiva/intellektuella/sociala krav. Ökad förfrågan till primärvårdsrehab angående arbetsförmågebedömningar, funktions- och aktivitetsbedömningar. Ibland krav på onödiga utredningar från FK och AF när medicinsk kompetens saknas hos handläggare.
18	Patienter med ADHD-behandling	Mycket personaltid	Utförande av fysiologiska tjänster såsom EKG och blodtryck på patienter som skall sättas in på ADHD-mediciner. Hälsokontroll skall beställas och utföras av fyslab om psykiatri inte själva kan utföra detta.
19	Önskan om smittspårning från sjukhusen gällande allmänfarliga sjukdomar	Mycket personaltid	Önskan om smittspårning från sjukhusen gällande allmänfarliga sjukdomar tex Shigella , om diagnosen upptäckts inom slutenvården. Ansvar för smittspårning och anmälan ligger på behandlande läkare. Stor administrativ påverkan och provtagningar.
20	Mycket omfattande körkortstintyg för patienter med hjärtkärlsjukdom	Mycket personaltid	Nya hårdare krav från Transportstyrelsen gör att de som normalt utfärdar intygen nu hänvisar patienterna till primärvården (vårdcentral och primärvårdsrehab) då det krävs omfattande utredningar. Än så länge få patienter.
21	Utreda inför narkos och operationsplanering hos sekundärvården	Patientsäkerhetsrisk	Önskemål från sekundärvården om utredning av patienter med en eller flera allvarliga systemsjukdomar (ASA-klass 3) inför operation. Kompetens kring risker vid narkos saknas. Än så länge få patienter.
22	Liotyronin mot hypotyreo	Patientsäkerhetsrisk	Behandling med Liotyronin mot hypotyreo kan inte följas upp på enkelt sätt med ett blodprov. Stor risk för översubstitution. Få patienter där samlad kompetens och behandlingsansvar bör ligga inom sekundärvården.
23	Senior Connect	Potentiellt mycket personaltid	Forskningsprojekt för att bryta ensamhet hos äldre. Kräver i studien 10-20% av en distriktskötersketjänst/vårdcentral. Just nu frivilligt deltagande. Blir utmanande om detta skall implementeras brett.

Ambitionshöjning i befintligt uppdrag:

	Planerad/genomförd vårdöverskjutning till primärvård	Estimerad påverkansgrad (Hög/Medel/Låg)	Beskrivning
1	Omhändertagande av barn och unga med psykiska besvär i primärvården	Många patienter i gruppen, mycket personaltid	Nytt uppdrag i FFU 2022. Saknas analys över hur belastningen kommer förändras i primärvården i och med denna förändring
2	Identifiera och behandla ohälsosamma levnadsvanor	Många patienter i gruppen, mycket personaltid	Ökande förväntan och nationell ambitionshöjning om att identifiera, kontinuerligt följa upp och behandla ohälsosamma levnadsvanor, både på vårdcentral, BVC och inom primärvårdsrehab. Stora undanträngningsrisker då dessa samtal tar lång tid och kräver uppföljning. Familjestödsprogram och rutinmässiga hälsosamtal i specifika åldersgrupper kommer medföra ytterligare tidsåtgång.
3	Remisskrav till BUMM	Många patienter i gruppen, mycket personaltid	Remisskrav till BUMM från och med 220601. Stor patientgrupp som istället kommer till vårdcentralerna fr o m sommaren 2022. Risk för undanträngningseffekter då inte särskilda resurser förts över i samband med avtalsändringen.

4	Utmanande hemsjukvård, med patienter som rimligen borde vårdas på SÄBO	Mycket personaltid	Logistiskt mycket utmanande hemsjukvård med många dagliga hembesök till de mest sjuka, sköra patienterna, en stor andel patienter med avancerad kognitiv svikt/demens. Denna patientgrupp har tidigare kunnat fått plats på SÄBO. Flertalet kommuner har sagt upp avtal om delegering för medicinadministrering vilket medför ytterligare arbetsbelastning och behov av ökad bemanning.
5	Snabba förändringar/förskjutningar till primärvård i behandlingsriktlinjer och vårdförlopp som omfattar stora patientgrupper	Mycket personaltid, potentiell patientsäkerhetsrisk	Snabba förändringar i behandlingsriktlinjer leder till stora ändringar i behandling för stora patientgrupper redan existerande hos primärvården. Just nu exempelvis justeringar i LDL-mål, blodtryck och hjärtsviktsbehandling. Ökande krav på fysiologiska utredningar på vårdcentral till följd av ambitionshöjning i vårdförloppen: spirometrier som screening vid KOL, 24h-blodtrycksmätning, ankelindex (åderförkalkning i benen), gångtest, sömnapné mm. Leder till många besök och mycket tillkommande provtagning på vårdcentralerna. Inom primärvårdsrehab ökad förfrågan kring t ex sviktskola och hjärnträning, gångtester när patienter diagnostiseras tidigare. Risk för undanträngningseffekter med potentiella patientsäkerhetsrisker som följd.
6	Covidvaccinationer, utökat vaccinationsuppdrag för riskgrupper	Mycket personaltid	Fortsatt behov av vaccination av stora patientgrupper kommande år leder till fortsatt stort behov av personal.
7	Teledermatoskopi	Mycket personaltid	En av de huvudsakliga arbetsuppgifterna på hudmottagningar (bedömningar av pigmenterade hudförändringar) görs nu istället i ökande grad på vårdcentral via digital teknik. Detta innebär mer avancerade bedömningar och ökat antal bedömningar/besök och ev excisioner i primärvården, något som tidigare remitterats till hudläkare i högre grad.
8	Snabba förändringar/förskjutningar till primärvård i behandlingsriktlinjer vårdkedja osteoporos	Många patienter i gruppen, mycket personaltid	Förhöjd ambitionsnivå i vårdförloppet vad gäller förebyggande av benskörhet (osteoporos) efter misstänkt benskörhetsfraktur. För närvarande remitteras patienter med många olika frakturer direkt till primärvården, utan medicinsk triagering och där utredning många gånger inte är aktuell. Även motiverade remisser för utredning kommer att öka kraftigt när frakturkedjan börjar fungera.
9	Omhändertagande av blefarit på vårdcentral	Mycket personaltid	Tionde största diagnosen på ögonmottagningarna, som enligt viss.nu skall tas om hand i primärvården. Förvaltningen ser över remisskravsförfarande, vilket kan orsaka ett ökat inflöde av patienter som tidigare gått direkt till ögonmottagning.
10	Medicinsk fotvård	Mycket personaltid	Ansvar för medicinsk fotvård överflyttat till vårdcentralerna för att få bort onödig fotvård. Kräver initial medicinsk bedömning innan vidare behandling. Initialt ökad personalbelastning.

Bilaga 2

Frågor i medarbetarenkät

Utvärdering digitala utskick (VIK) vid kronisk sjukdom

1. Vilken är din profession?

- Sjuksköterska
- Läkare
- Undersköterska/annan
- Psykolog/psykoterapeut/kurator

2. Hur många digitala utskick (VIK) med formulär har du använt i digitala plattformen Flow?

- Inga alls
- 0-9
- 10-49
- 50-99
- 100 eller fler

3. För vilka diagnoser har du använt digitala utskick (VIK)?

- Diabetes
- Högt blodtryck
- Astma
- KOL
- Hypotyreos
- Hjärtsjukdom
- Psykisk ohälsa
- Annan diagnos

4. Hur ofta hjälper digitala utskick (VIK) dig att undvika onödiga/oförberedda besök?

- Väldigt sällan
- Ganska sällan
- Ibland
- Ganska ofta
- Väldigt ofta

5. Hur ofta hjälper digitala utskick dig att prioritera/individualisera insatsen bättre till patienten?

- Väldigt sällan
- Ganska sällan
- Ibland
- Ganska ofta
- Väldigt ofta

6. Kan du rekommendera dina kollegor att använda digitala utskick (VIK)?

- Ja
- Nej

7. Hur många gånger har du använt digitala assistenten (RPA) för förenklad överföring av information från Flow till rätt sökord i Take Care?

- Inga alls
- 0-9
- 10-49
- 50-99
- 100 eller fler

8. Anser du att digitala assistenten (RPA) kan spara tid i journalföringen? (efter de tekniska förbättringar som gjorts under hösten)

- Väldigt lite
- Ganska lite
- Varken/eller
- Ganska mycket
- Väldigt mycket

9. Anser du att digitala assistenten (RPA) kan förbättra kvaliteten i journalföringen så att rätt information finns under rätt sökord? (efter de tekniska förbättringar som gjorts under hösten)

- Mycket lite
- Ganska lite
- Varken eller
- Ganska mycket
- Väldigt mycket

10. Kan du rekommendera dina kollegor att använda digitala assistenten (RPA) för överföring av information från Flow till Take Care? (efter de tekniska förbättringar som gjorts under hösten)

- Ja
- Nej

Bilaga 3

Nära vård – intervjusvar av patienter

A) Vad tycker du om att vårdcentralen nu erbjuder sig att kontakta dig digitalt, för att följa upp hur du mår och dina önskemål i god tid innan recepten tar slut?

1. Kvinna/Astma:

Det är jättesmidigt, jag uppskattar det. Chattfunktionen går t o m snabbare och smidigare än jag hade förväntat mig. Jag använder mobil/dator dagligen i min vardag och mobil när jag söker digital vård.

2. Kvinna/Astma:

Det underlättar för mig i min vardag. Det gör det lätt för mig som patient som kanske inte alltid kan ta mig till vårdcentralen pga. mitt arbete och då är chatt en bra kontaktväg. Det känns aldrig krångligt längre att söka vård som det kunde kännas tidigare; att ringa rådgivning, vänta att bli uppringd, få tid, ta ledigt och gå till vårdcentralen.

3. Kvinna/Astma:

Ja, de kanske de har gjort, det har jag inte tänkt på. Det är bra om de har gjort det.

4. Man/Diabetes:

Den tjänsten är bra och vill att den fortsatt ska erbjudas mig.

5. Kvinna/Astma:

För mig som är i den yngre generationen så är det väldigt bra att det kan ske digitalt via mobilen. Även att få återkoppling digitalt. Att slippa boka en specifik tid, utan det istället kommer ett sms för en chattkonversation. Tycker att det varit jättebra för mig.

6. Man/Astma:

Det är praktiskt på så sätt att vissa har svårt att ta sig till en vårdcentral och ett bekvämt sätt att få tillgång till vård och svar, så är positiv till att möjligheten finns.

Men för min egen del spelar det mindre roll med tillgången till digitala kontakter för jag har lätt att ta mig till vårdcentralen och jag föredrar att prata ansikte till ansikte.

7. Man/HT:

Tycker generellt att det är jättebra att den möjligheten till digitala kontakter finns. Jag vill inte ha en massa pappersbrev hem i brevlådan.

Självklart förenklar det för mig att slippa ta mig till vårdcentralen för ärenden som kan tas över telefon eller chatt, digitala tjänster är så mycket bättre att använda då.

Har inte använt videosamtal hos Capio (men hos andra vårdgivare).

8. Kvinna/KOL+ diabetes:

Kan inte svara på vad jag tycker om det då jag aldrig har blivit kontaktad digitalt under mina år hos Capio. Har enbart själv kontaktat vårdcentralen digitalt via chatt, som även gått över till videosamtal. Jag kan tänka mig digitala kontakter bara jag får en förvarning om hur jag ska gå tillväga, t ex ett sms före med instruktioner och en tid så jag kan sitta redo vid min dator (föredrar dator före mobiltelefon pga. ålder och syn). Brukar bli kallad till två fysiska besök per år för mina kroniska sjukdomar och skulle ha blivit kallad nu i oktober, så nu ska jag använda chatten och påminna om att det är dags för besök

9. Man/Hypertoni:

Jag är positiv till det efter jag kan ställa frågor och få svar utan att det påverkar mitt jobb. Telefontid är alltid bökigt, det är jättesmidigt med chatt. Det har blivit mer och enklare efter pandemin. Innan var det mer svårt att få tag i vårdcentralen. Detta är jättebra. Smidigt och man kan ställa flera frågor efterhand.

B) Hur fungerade den digitala kontakten jämfört med hur du haft kontakt med vårdcentralen tidigare?

1. Tycker det kan kännas enklare att söka vård digitalt jämfört med att ringa, boka tid och gå till vårdcentralen i vissa ärenden (tänker t ex på kronisk smärta men även annat). Känns lite mer lättöverkomligt att ta det första steget till att söka hjälp när det är

enkelt via min mobil. Det är absolut lättare med digital kontakt för mig.

2. Vid enkla kontakter (förnya recept, frågor om dos av astmamedicin mm) passar chatten mig väldigt bra. Men självklart behövs de fysiska mötena också när undersökning behövs mm.

3. Ja, man får svar snabbare, men ibland vill man träffa någon ändå. Det känns lite som att de vill mota bort en. Det kanske är bra rent samhällsekonomiskt. Det känns som att de motar bort en i första hand om de kan. Jag behöver gå dit med mina öron nu men jag drar mig för det tar så lång tid att svara i chatten och man ställer så många onödiga frågor.

4. Det är en jättefördel att slippa gå till vårdcentralen för vissa ärenden. Jag spar restid och behöver bara ta upp min mobil/dator där jag är. Jag använder mobil vid videosamtal (har ingen webbkamera på min dator) men övriga digital kontakt gillar jag bäst att ta via dator.

5. Om jag tänker på årskontroll astma så är skillnaden att vid besök så har de ofta gjort spirometri som nu inte gjordes när vi hördes digitalt. Men jag hade inte heller behov av en spirometri eftersom jag ligger bra till i mina värden och inte har några besvär. Så jag tycker att digitala kontakten var likvärdig med besök på vårdcentral, båda sätten fungerar bra för mig. Jag har inga behov av att en årskontroll måste vara på plats utan digitalt fungerar för mig eftersom jag inte har några besvär eller har försämrats i mitt mående, räcker gott och väl med en digital check.

6. Jag har enbart använt chattjänsten och kan tycka att digital chattkommunikation kan dra ut på tiden (kan ta timmar ibland innan svar från läkare som sen ber mig svara på något o.s.v.). Kommunikationen kan kännas lite styltad. Detta hade kanske kunnat lösas via ett videosamtal men det har jag aldrig blivit erbjuden. Frågorna i chatten är välgjorda och lätt att svara på och inkluderar så pass mycket att det är lätt att kommunicera vad jag besväras av för tillfället. Använder dator när jag svarar.

7. Allt som kan skötas digitalt vill jag ska vara digitalt, för att det förenklar min vardag. Jag använder både mobil och dator vid digitala kontakter och tycker det känns viktigt att det finns den valmöjligheten.

8. Fungerade bra och kan tänka mig digitala kontakter, men föredrar ändå fysiska besök på vårdcentral. Har en fast läkarkontakt, som jag träffar lite för sällan. Hade en fast diabetessköterska tidigare som jag fick byta mot min vilja. Det är den personliga kontakten som uppstår vid bra fysiska möten som är väldigt viktig för mig, inte att förväxlas med kontinuiteten i sig. En bra kontakt är när det finns en bra dialog mellan oss, kan inte förklara det bättre än så.

9. Tidigare om man hade speciella provtagningar så fick man en läkartid när läkaren skulle ringa upp. Nu får man återkoppling ganska snabbt. Är det allvarliga diagnoser vill man inte ha det på en chatt men standardåterkopplingar och eventuella kompletteringar man behöver göra är kanon att få via chatten. Med chatten går det att komma in på en återbudstid vilket inte funkade tidigare.

C) Finns det några fördelar med att ha direktkontakt med din läkare/sjuksköterska via mobil/dator på detta sätt, som tillägg till fysiskt besök när det behövs?

1. Beroende på vad jag söker för så utesluter inte det ena det andra. Olika behov – olika vårdkontakter är bästa lösningen. Båda sätten behövs. När jag haft en pågående kontakt med en läkare eller sjuksköterska så har det varit smidigt att fortsätta kontakten digitalt kring provsvar, uppföljande rådgivning mm. Sådant fungerar minst lika bra via mobilen. Sen kan inte ett digitalt möte mäta sig med ett fysiskt möte när jag vill diskutera min vård lite grundligare. Eller när undersökning behövs.

2. Jag har både chattat och haft digitala besök med min fasta läkare och med helt okända läkare och har varit nöjd med båda, har inte ens reagerat på att det skulle vara någon skillnad. Det viktiga för mig är att personen man möter är öppen, tillmötesgående och kortfattat kan ge tydliga svar på mina frågor. För min del betyder digital kontakt en lättillgänglig vård.

3. Ja, det är bra. Det är ändå att man får liksom svar av någon, en läkarkontakt, även om man inte ser personen i fråga. Jag tycker inte det är bra att jag bara får ett uttag av min astmamedicin via chatten. De vill inte att man kommer dit och ändå får man inte så mycket mediciner man behöver via chatten. Sist så sa jag till, och då fick jag fler uttag.

4. Jag tycker det är en fördel att kunna ta upp mindre ärenden digitalt men om jag har behov av ett fysiskt besök så ordnas det (t ex vid förändringar i min kroniska sjukdom). Vid årskontroll diabetes har jag alltid kallats till fysiskt besök. Det *mellandigitala* (digitala kontakter mellan fysisk årskontroll) tycker jag är perfekt för mig. Digital kontakt ger mig tid att tänka till en stund; diabetessköterskan ställer en fråga och jag kan fundera en stund innan jag svarar. Jag sköter inte alltid min diabetes fullt ut och då har den digitala kontakten mellan besöken påmint mig och fått mig att tänka till och vilja sköta mig lite bättre.

5. Har både en fast läkare och astmasköterska sedan länge. Om jag skulle behöva välja så är läkarkontinuitet viktigast av de två. Nu har jag så sällan kontakt med vårdcentralen men jag kan tycka att det är tryggt att ha samma läkare och sköterska. Vid mer akuta besvär skulle jag kunna tänka mig att träffa någon annan utan problem.

6. Jag har inte någon fast läkar- eller sköterskekontakt. Att träffa samma person vid varje kontakt är inte det viktigaste för mig, men det förenklar då de har koll på mitt mående/livssituation som gör att det känns lite smidigare (behöver inte upprepa information). Personligen gör det mig inte så mycket att ha kontakt med olika vårdgivare. Kompetens och snabb hjälp går före kontinuitet.

7. Kan hända att jag har en fast läkar- eller sköterskekontakt men vet i så fall inte om det. Har både haft besök på vårdcentral och sjukhus. Det är en klar fördel att få träffa samma läkare som har överblick på vad jag sökt vård för tidigare för en bättre helhetsbild.

8. Ja, det finns säkert fördelar även om jag föredrar fysiska besök då jag inte använder min mobiltelefon utan måste planera och sitta vid min dator.

9. Svårt att säga... jag springer inte så mycket till vårdcentralen så jag bryr mig inte så mycket om att ha samma läkare. Den personliga kontakten är inte så viktigt för mig i dagsläget

D) Finns det nackdelar för dig som patient med detta arbetssätt?

1. Ibland behövs ett fysiskt besök, t ex diskussion inför viktiga beslut, då är det alltid en annan trygghet att träffas fysiskt. Har själv inte upplevt några uppkopplingsproblem men medveten om att det kan ställa till det i digitala möten.

2. Ser inga nackdelar alls, bara fördelar att ibland ha digitala kontakter och ibland fysiska.

3. Nej egentligen inte, inga nackdelar. Men man känner sig lite osedd. De kollar om det är nödvändigt att man kommer dit, helst vill de inte att man kommer. Jag tror de gör utvärdering om det är nödvändigt eller inte.

4. Nej, så länge jag får ha kvar mitt årliga besök på vårdcentralen (läkare/diabetessköterska) är det digitala enbart positivt för mig.

5. Nej, inte för mig som är den yngre generationen och är van användare och som tycker att det är smidigt och bra med digitala kontakter.

6. Som jag sa tidigare; att chattkommunikationen kan bli tidsmässigt utdragen. Som jag har förstått det så är det svårare idag att boka ett fysiskt besök utan att först gå via chatten, vilket kan göra det lite traggligt/utdraget (tar tid). Jag föredrar att ringa telefonrådgivningen före chatten. men chatten fungerar också bra.

7. Ser inga nackdelar för egen del, men vet att det finns andra som enbart vill ha fysiska besök med tanke på att de inte är så duktiga på att hantera teknik. Tycker att det bästa är att kunna välja kontaktsätt. Chatten kan vara långdragen men jag ser det inte som en nackdel, utan ser chatten som en asynkron kommunikationskanal. Är positivt att få en pling i mobilen när svar inkommer.

8. Ja, och här hänvisar jag till min lite högre ålder och säger att en personlig kontakt är bättre då det ger mig en helt annan känsla för om läkaren/sjuksköterskan förstår vad jag menar. Så föredrar definitivt ett besök på vårdcentralen. Sen måste vi komma ihåg att det finns folk som inte ens har en dator.

9. Jag ser inga nackdelar alls. Bara positivt då de fysiska besöken fortfarande finns kvar. De "informella" frågorna och svaren tar man i chatten och de allvarliga tar man fysiskt.

E) Har du några förbättringsförslag när det gäller digitala vårdkontakter?

1. Nej inte på rak arm, utan är en väldigt nöjd användare. Upplever att jag alltid får snabb hjälp när jag skriver i chatten och det är bra med sms:en jag får att nu är det någon ny händelse, så jag inte missar information. Det är lätt att koppla upp sig och följa anvisningar. Personalen har också haft IT-kunskap och kunnat väglett mig vid digitala möten (t ex med mikrofon). Känns fint att personalen har ett extra tålmod och förståelse för att det kan ta lite extra tid vid uppkoppling. Seriöst och proffsigt, är min upplevelse.

2. Nej, ibland har tekniken inte fungerat (nätproblem) och då de fått ringa mig istället, men det är saker som man inte råår på och det gör mig inget alls. Det är enkelt att koppla upp sig mot mobilen.

3. Man ringer dit och då kan få prata med någon sjuksköterska, man får stå på sig lite, känns lite jobbigt att komma i kontakt. Det blir om jag ringer så pratar jag med nån så blir det en chattkonversation. De fyller i en massa frågor som inte är väsentliga. Om de träffade mig så skulle de göra en annan bedömning.

4. Att de som svarar i chatten tar hänsyn till de som är dyslektiker och vågar fråga om de inte förstår innehållet. När jag lämnat prov på lab skulle jag vilja få en notis i mobilen om när det har inkommit provsvar och eventuella avvikelser (gärna med läkarkommentar). Även om diabetessköterskan (oftast) eller läkaren sedan återkopplar eventuella läkemedelsjusteringar, så vill jag gärna få notis vid labsvar och på så sätt förstå de ev justeringar som görs utifrån labsvaren. Ett förbättringsförslag är formuläret som man fyller i när man söker digital vård, det steget behöver omarbetas. När man fyllt i varför man sökt vård/vad felet är så upprepas sedan samma fråga. Är många frågor om samma sak, bara olika formulerat. Här cypastar jag svaren varje gång. Detta steg upplevs böligt. När en chatt är helt avslutad och klar kan det dagen efter plinga till i mobilen att jag har ett meddelande (gör mig orolig vad som kan ha glömts) men då står det i meddelandet: Kan vi avsluta ärendet nu? Det meddelande skulle jag vilja ha direkt efter avslutad chatt.

5. Det är lätt att följa länkar via mobilen. Formulären man fyller i har varit enkla med relevanta frågor. Allt har fungerat utan problem. Kan inte komma på några förbättringsförslag än, kanske kommer det när jag använt det här en längre tid.

6. Nej, inget förutom att chatten kan bli utdragen tidsmässigt.

7. När jag har vårdbehov skulle jag vilja kunna söka lediga tider via en webbkalender (till både digitala och fysiska kontakter). Att logoped, sjukgymnaster och fler erbjuder digitala kurser utifrån mina vårdbehov (t ex övningar för Frozen shoulder eller livsstilsförändringar vid högt blodtryck). Det skulle spara läkartid och för mig som patient som inte alltid kommer ihåg all information från besöket och inte hinner anteckna allt, så skulle en digital kurs/övning/information göra att jag skulle tillgodogöra mig all viktig information om min vård och behandling. Jag som har flera sjukvårdskontakter (Capio vårdcentral och St Görans

sjukhus) skulle vilja att informationen fanns samlad och att det skulle finnas en direktlänk t ex till min vårdcentral när jag loggat in i 1177 för att läsa journal/labsvar.

8. Nej, har inga förbättringsförslag. När jag har tagit digital kontakt (chatt/chatt som övergått till video) så har det varit lätt att följa instruktioner och frågorna har varit relevanta. För mig är det för liten text att ha digitala kontakter på en mobil. Då jag är multisjuk så finns mycket information om mig inom vården, har funderat om det verkligen behövs fyllas i hälsoundersökningar (t ex covidvaccination) och andra formulär, bör inte det redan finnas i min journal?

9. Chatten/formuläret har en massa idiotfrågor som man inte kan hoppa över om man ska göra ett tillägg. Det blir alltid ett nytt ärende även om man vill väcka upp ett gammalt ärende. Exempelvis vid en fråga om jag skulle fortsätta med medicinen så fick jag alla frågor igen istället för att "väcka" upp det gamla ärendet.

F) Vad betyder det för dig att uppföljningen görs med kontinuitet av din egen läkare/sjuksköterska på vårdcentralen?

1. Det känns skönt (tryggare) att först ha haft ett initialt fysiskt möte innan digitala möten med sin läkare/sköterska, det förenklar den digitala kommunikationen (kännedom). Så vill jag helst ha det. Men å andra sidan har jag haft videosamtal med helt ny läkare för mig som jag upplevde var väldigt bra. Upplevde att den kvinnliga läkaren var väldigt duktig (upplevdes närvarande och inlyssnande och hon satt i en lugn/tyst miljö och blev inte störd under mötet, vilket gjorde mig lugn och att jag kände tillit). Har tidigare haft fast läkarkontakt som slutat sin tjänst. Nu gått till olika ett tag, vilket inte är helt optimalt men känner att det ligger lite på mig att jag inte har framfört mitt önskemål om att få komma till samma läkare. Min ambition är att jag vill ha en fast läkarkontakt.

2. Det är en trygghet att de har koll på mig. Jag behöver inte vara inloggad hela tiden utan får en påminnelse när någon har svarat mig, det tycker jag är väldigt bra. Jag blir idag uppföljd på ett helt annat sätt än tidigare då det enbart var besök. Känns som att de har bra koll på mig från vårdcentralen när jag blir uppmärksammas via chatt/sms om att nu är det dags för uppföljning, kontroller mm, som jag själv inte har kunskap om när.

3. Det spelar ingen roll. Jag tror det är stor omsättning på läkare, det spelar inte mig så stor, om det inte är samma person. Det viktiga är personens kompetens och bemötande.

4. Det är viktigt för mig med kontinuitet, digitalt som vid fysiska besök. Ska nu byta fast läkare igen, haft lite otur med att få byta läkare. Men har haft samma diabetessköterska sedan min diagnos för flera år sedan.

5. Kontinuitet är viktig för mig (och många andra som jag pratat med) både på vårdcentral och digitalt.

6. Har ingen fast läkare- eller sköterskekontakt och det känns inte viktigt för mig.

7. Det spelar ingen roll för mig att det är samma person jag har kontakt med. Vården blir mer tillgänglig om det inte behöver vara samma person, får jag för mig.

8. Föredrar fysiska möten och ska vi ha en digital kontakt så känns det jätteviktigt för mig att vi har träffats på minst ett besök tidigare och att vi har en bra dialog sedan tidigare (inte enbart kontinuitet i sig).

9. Chatten/formuläret har en massa idiotfrågor som man inte kan hoppa över om man ska göra ett tillägg. Det blir alltid ett nytt ärende även om man vill väcka upp ett gammalt ärende. Exempelvis vid en fråga om jag skulle fortsätta med medicinen så fick jag alla frågor igen istället för att "väcka" upp det gamla ärendet.