

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Årsta	
Verksamhetschef Annika Wargert	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

### del 1 och del 2: Kontinuitet

#### Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2022**. Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

#### DEL 1 – Planen

##### **Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner**

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

##### **Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.**

*Skriv i den här rutan namn och professioner, samt e-postadress till en kontaktperson i teamet.*

Annika Wargert – Verksamhetschef

Sara Norrgård – Medicinskt ansvarig läkare, kontaktperson: [sara.norrgard@capio.se](mailto:sara.norrgard@capio.se)

Distriktssköterska Karina van der Stadt

Barnsjuksköterska Frida Brage

Barnmorska Linda Nilsson

Karen Aravena Lizama Receptionist

#### **Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!**

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Capio vårdcentral Årsta

Verksamhetschef  
Annika Wargert

Aktnummer (ifylles av HSF)

**Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?** Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel. Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Vi ser i MedRAVE m4 att vi ligger lågt i kontinuiteten av vilken läkare patienten har träffat under de senaste 12 månaderna. Hos oss har endast 50,9% av de patienter som träffat en läkare minst 3 gånger under den tiden, träffat samma läkare vid minst 50% av besöken. Vi ser också i Liston att endast 74% av våra patienter är listade på en specifik läkare. Det är vår uppfattning att om man är listad på en specifik läkare ökar sannolikheten att man kommer att bokas till den läkaren för besök, och därmed ökar också kontinuiteten.

**Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete**

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Vi vill jobba med att förbättra patientkontinuiteten till läkare/PAL. Därtill vill vi även förbättra listningsgraden, så att fler patienter är listade på en specifik läkare som blir PAL. Detta tror vi är en mycket viktig bidragande faktor för att öka kontinuiteten.

**Steg 3 Övergripande mål** – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient-verksamhets- och samhällsnivå)

Vi vill förbättra listningsgraden så att fler patienter är listade på en specifik läkare, och vi vill också förbättra kontinuiteten där patienten i så stor utsträckning som möjligt ska bokas in till sin listade läkare för besök. Om en läkare har väldigt många listade patienter kan det minska möjligheten för dess patienter att få möjlighet till ett besök, då det kan finnas många andra patienter som också behöver ett besök. Patienter som behöver en snar tid för bedömning riskerar att få vänta allt för länge. Därmed är det också viktigt ur patientsynpunkt och patientsäkerhetssynpunkt att patienterna som tillhör vårdcentralen till största möjliga mån är fördelade jämnt mellan läkarna.

Att förbättra kontinuitet är även viktigt ur andra aspekter. En patient som träffar samma läkare flera gånger kan bygga ett förtroende till den läkaren, det finns en trygghet i att man har en och samma läkare som känner till sjukdomshistoria och medicinering. Patienterna ska känna trygghet i att konsultera sin vårdcentral vid förändringar i måendet, och det tror vi bedöms bäst av en läkare som känner patienten sedan innan. I en SBU-rapport som utkom 210819 visade man på astma/KOL-patienter att en relationskontinuitet minskade antalet sjukhusinläggningar med 30-60 % och antalet akutvårdsbesök med 10-60%. Därtill minskade risken att då i förtid och sjukvårdskostnaderna minskade. Vi har ingen anledning att tro att detta inte gäller även för de övriga stora folksjukdomarna och den största andelen av våra patienter.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Årsta	
Verksamhetschef Annika Wargert	Aktnummer (ifylles av HSF)

**Steg 4 Specifika delmål**– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

*Delmål 1: att öka andelen patienter som är listade till en specifik läkare, från dagens 74% till 85% tidssatt från 1 januari 2022 till sista december 2022.*

*Delmål 2: att jämnna ut antalet listande patienter till specifik läkare där vi i dagens läge har 3 läkare med > 2200 listande patienter och 4 läkare med endast ett antal hundra listade patienter vardera. Målet är att ingen läkare ska ha fler än 2200 listade patienter.*

*Delmål 3: att öka kontinuiteten för patienten till läkare, från dagens 50,9% till 70%, tidssatt från 1 januari 2022 till sista december 2022.*

#### **Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)**

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda det så kallade "fiskbensdiagrammet" eller "orsak-verkan-diagram" för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>

- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

a.

Delmål 1: I första hand kommer de patienter som hör av sig/kommer till vårdcentralen och som inte är listade på en specifik läkare att listas på till en specifik läkare. Detta kommer ske vid telefonkontakt, via chatt, BVC-besök, BMM-besök, läkarbesök eller när patienten kommer till receptionen. Vi kommer även att direkt lista nylistade patienter på en specifik läkare. Därmed är flera yrkeskategorier involverade i denna åtgärd.

Delmål 2: För att jämnna ut en ojämn fördelning av redan listade patienter som tillhör vårdcentralen kommer vi att omfördela patienter mellan läkarna även om patienterna redan är listade hos en specifik läkare. Patienterna kommer att informeras om detta via ett informationsbrev eller muntligt vid direktkontakt. Detta kommer inte att ske mot patientens vilja. Även här kommer flera olika yrkeskategorier bistå i arbetet.

Delmål 3: Alla på vårdcentralen kommer i och med att detta arbete påbörjas återigen påminnas om vikten av att i möjligaste mån upprätthålla kontinuitet mellan patient och PAL vid bokningar, både när patienterna kontaktar oss för besök men också vid inkommande remisser och rond. När interventionerna till delmål 1 och 2 genomförs, och vi tänker på kontinuiteten så tror vi att delmål 3 kommer att uppnås.

b.

Patienterna kommer att informeras vid informationsbrev, i telefon, i chatt och vid besök. Därtill informeras detta till pat vid hembesök av BVC.

#### **Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)**

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90)

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Årsta	
Verksamhetschef Annika Wargert	Aktnummer (ifylles av HSF)

men gärna även det ni gör (=processmått, t.ex. antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter av alla patienter listande på Capio Årsta vårdcentral som är listande på en specifik läkare.	74%	20220101	85%	Liston	20221231
<b>Indikator 2</b>	Antal läkare som har >2200 listade patienter.	3	20220101	0	Liston	20221231
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter som har haft minst 3 besök under perioden och då träffat samma läkare minst 50% av sina besök.	50,9%	20220101	70%	MedRAVE	20221231

**Kommentar (valfritt):**

Uppföljning kommer att ske varje månad för att kunna följa effekten av interventionerna.

**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

[forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Årsta	
Verksamhetschef Annika Wargert	Aktnummer (ifylles av HSF)

## DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

### A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Vi har informerat patienter om att de antingen listats på en specifik läkare eller listats om till annan läkare än de tidigare listats till, informationen har meddelats patienterna antingen direkt via telefon eller via brev. Om patienten motsätter sig ett byte av listad läkare har vi valt att inte genomföra bytet utan gå patienten till mötes. På detta sätt har vi kunnat jämnat ut antal listade patienter per läkare på vårdcentralen.

Därtill har vi aktivt listat de olistade patienterna till en specifik läkare. Tyvärr har vi haft en del personalomsättning i läkargruppen under året och därmed har detta arbete tyvärr inget gett det resultat vi önskat. Vi fortsätter dock med detta även framöver då det i enlighet med resonemang ovan är viktigt för både patient och läkare.

Pga den personalomsättning vi har haft i läkargruppen blir även kontinuiteten i besöken lägre än vår önskan och våra satta mål. Vi kommer framöver fortsätta att sträva efter så god kontinuitet som möjligt.

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter av alla patienter listande på Capio Årsta vårdcentral som är listande på en specifik läkare.	74%	220101	85%	73%	Liston	221231
<b>Indikator 2</b>	Antal läkare som har >2200 listade patienter.	3	220101	0	0	Med-RAVE	221231
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter som har haft minst 3 besök	50,9%	220101	70%	58%	Med-RAVE	221231

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Capio vårdcentral Årsta

Verksamhetschef  
Annika Wargert

Aktnummer (ifylles av HSF)

under perioden  
och då träffat  
samma läkare  
minst 50% av sina  
besök.

**Övriga kommentarer:**

Se resonemang kring resultatet under punkt A.

**C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?**

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

1. Personalomsättning försvårar arbetet med listning på specifik läkare och i slutändan kontinuitet. Men att vi har möjlighet att genomföra stora förändringar om fler i personalen gör arbetet tillsammans.

2. Patienter har under förbättringsarbetets gång opponerat sig mot omlistning varför vi har värderat kontinuitet till tidigare läkare högre och att patientens önskemål om att kvarstå listade till en läkare har fått avgöra. Vi har också kunnat berätta för patienterna vid kontakt med oss att de har en namngiven husläkare och vad denne heter. Detta har vi uppfattat att patienterna har uppskattat. Vi tar med oss att många patienter vill vara delaktiga i sin vård och att kontinuitet i kontakten är viktigt för patienterna.

3. Vi tycker fortfarande att detta är ett viktigt område och kommer att fortsätta sträva mot det önskade resultatet med samma metoder som planerades för 2022. Med minskad personalomsättning tror vi att det kommer att ge önskvärda resultat under 2023 och framöver.

**D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan [forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)