

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Vallatorpsdoktor	
Verksamhetschef Pierre Conde	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 viktigt 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.**

*Fredrik Bragd (kontaktperson)* [fredrik.bragd@vallatorpsdoktor.se](mailto:fredrik.bragd@vallatorpsdoktor.se)

*Camilla Breimo*

*Pernilla Lidström*

*Malin Lindroth*

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

**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.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Vallatorpsdoktor	
Verksamhetschef Pierre Conde	Aktnummer (ifylles av HSF)

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja 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>

Under 2021 arbetade vi med kontinuitet till Fast läkarkontakt. Vi har valt att fortsätta med arbetet kontinuitet för att vidareutveckla verksamheten och nå uppsatta mål under 2022. Under hösten 2021 rekryterade vi flera läkare vilket även medförde en fördröjning av kontinuiteten. Därmed vill vi fortsätta att nå våra uppsatta mål.

Vi har även titta på fler kontinuitetsindex som vi kompletterar med under 2022.

### **Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete**

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

Kontinuitet till fast läkarkontakt och kontinuitet för besök hos undersköterska för patienter med bensår

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

Vi vill arbeta med kontinuitet till "sin läkare"/fast vårdkontakt för att öka patientsäkerheten för mottagningens listade och nylistade patienter samt förbättra oss utifrån Patientlagen 2014:821.

Fokus under 2022 är kroniskt sjuka patienter.

Genom kontinuitet till fast vårdkontakt minimeras risken att patienten inte får vård i tid och vård av kvalitet.

Under 2022 vill vi även förbättra kontinuiteten för patienter med bensår för att minska risken för komplikationer.

### **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.**

1. Öka kontinuitet till fast läkare för patienter med kronisk sjukdom (indikator Koo1L) från 0,59 till 0,75, december 2022.
2. Öka kontinuitet till fast läkare för patienter med samsjuklighet (indikator Koo3;3) från 0,63 till 0,8, december 2022.
3. Öka kontinuitet för besök hos undersköterska för patienter med bensår (indikator Ko6) från 0,34 till 0,5, december 2022.
4. Öka antalet listade patienter per läkare från 25,4% till 70%, december 2022.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Vallatorpsdoktor	
Verksamhetschef Pierre Conde	Aktnummer (ifylles av HSF)

### 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 [verktyget fiskbensdiagram](#) 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? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).

- a. Kontinuitet till undersköterska för patienter med bensår har vi genomfört ett nytt arbetsätt som vi kommer att utvärdera under 2022. Därmed följer vi index i primärvårdskvalitet. Enligt Leon-principen (Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå) har vi ändrat patientflödet och schema till styrning mot en undersköterska som har mottagning för att öka kontinuitet och patientsäkerhet. I samband med det har vi en "journsköterska" som coachar undersköterskan vid behov.

Kontinuitet till läkare för patienter med kronisk sjukdom och samsjuklighet, där kommer vi ytterligare att arbeta med information och kommunikation när patienter hör av sig till oss via Teleq och vårt chattsystem i Doctrin, under läkarbesöket informera patienten om vad som blir nästa steg, hur sker återkoppling och från vem.

I receptionen kommer vi att fortsätta att informera patienterna om möjlighet att lista sig på sin "husläkare".

Vi kommer arbeta med att förbättra teamarbetet ST/specialist och fortsätta med teamrund med alla professioner för de patienter som är sjukskrivna, psykisk ohälsa.

- b. I år kommer vi att använda oss av öppna svar från Nationella patientenkäten (NPE) samt utvärdera de underlag (positiv och negativ kritik) från patienter som vi får till oss via vårt chattsystem. Denna del hade vi inte möjlighet till att utvärdera och arbeta utifrån under 2021.

### 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) men gärna även det ni gör (=processmått, t.ex. antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten, 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...**

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Ko01L. Index för kontinuitet till läkare för pt. med kronisk sjukdom	0,59	Februari	0,75	Primärvårdskvalitet	Dec 2022

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Vallatorpsdoktor	
Verksamhetschef Pierre Conde	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 2</b>	Ko03;3. Index för kontinuitet till läkare för pt. med samsjuklighet	0,63	Februari	0,8	Primärvård skvalitet	Dec 2022
<b>Indikator 3</b>	Ko6. Index för kontinuitet till undersköterska för patienter med bensår	0,34	Februari	0,5	Primärvård skvalitet	Dec 2022
<b>Indikator 4</b>	Antalet listade patienter per läkare	25,4%	Februari	70%	Liston	Dec 2022

**Kommentar (valfritt):**
**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. 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)

## 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.

Planen för 2020–2021 var att upprätta god kontinuitet hos läkare samt till bensårsmottagning genom fast bemanning. Det har varit svårt att implementera detta i praktiken på grund av en Covid-19 pandemi. Patienterna undvek sjukvårdskontakter. Vi har försökt komma runt detta med digitala möten via vår plattform doktrin.

Vi har tittat igenom Medrave och samtalat med deras personal kring statistiken för bensårsmottagningen. Det har funnits bristande diagnosättning som gjort att värden blivit negativa. Vi har tagit till oss detta som del av vår förbättring.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Vallatorpsdoktor	
Verksamhetschef Pierre Conde	Aktnummer (ifylles av HSF)

### 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>	<i>K001L</i>	<i>0,59</i>	<i>Februar i 2021</i>	<i>0,75</i>	<i>0,46</i>	<i>Primärvårds kvalitett</i>	<i>dec 2022</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>K003:3</i>	<i>0,63</i>	<i>Februar i 2021</i>	<i>0,80</i>	<i>0,49</i>	<i>Primärvårds kvalitett</i>	<i>dec 2022</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>K06</i>	<i>0,34</i>	<i>Februar i 2021</i>	<i>0,50</i>	<i>0</i>	<i>Primärvårds kvalitett</i>	<i>dec 2022</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Antalet listade patienter per läkare</i>	<i>25,4%</i>	<i>Februar i 2021</i>	<i>70%</i>	<i>69%</i>	<i>Primärvårds kvalitett</i>	<i>dec 2022</i>

### Övriga kommentarer:

Vi har markant ökat vår listning till varje enskild doktor vilket ses som en positiv glimt i det här kvalitetsarbete. Att fortsätta på den inslagna vägen.

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

1. Vad har ni lärt er?

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Vallatorpsdoktor	
Verksamhetschef Pierre Conde	Aktnummer (ifylles av HSF)

<p>2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?</p> <p>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.</p>
<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Att det kan vara svårt att bedöma kontinuitet när förutsättningarna inte är optimala</li><li>- Att indikatorer påverkas i stor utsträckning av diagnossättning, omlistning mm.</li></ul>
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Genom att bygga relation/allians med patienten och sätta upp en vårdplan för varje individuell patient. Detta har förbättrat compliance och patientnöjdhet.</li></ul>
<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- I det stora försöka behålla personal över tid och fortsätta bygga en relation med våra patienter.</li><li>- Förbättra diagnossättning</li><li>- Lägga fokus på annat område som påverkas mindre av personalomsättning och pandemi.</li></ul>
<p><b>D. Döp denna fil till:</b> Enhet tema år del 2 t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a></p>