

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

Danviks vårdcentral Teambaserat arbetssätt för ökad kontinuitet 2024 del 1 och 2

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Danviks vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Anna Stenström	anna.stenstrom@primavard.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på förbättringsarbete och/eller målrelaterad ersättning i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Anna Stenström
Profession: Verksamhetschef
E-post: anna.stenstrom@primavard.se
<h4>Att involvera flera</h4> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.• Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>

Team 1: Ulrika Wallgren (Spec Allmänmedicin), Marita Fouladiun (Spec Allmänmedicin), Camilla Zuwak (ST-läkare), Mikael Andersson (ssk), Cecilia Bretón (ssk).
Team 2: Malgorzata Szabat (Spec Allmänmedicin), Emma Söderberg (ST-läkare), Jennie Kleist (ST-läkare), Pernilla Alsberg (dsk), Emilia Sandström (ssk), Anna Hellström (usk), Eva Södergren (usk)

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Patientenkäter och medarbetarenkäter

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under ”Stödmaterial för kvalitetsarbete”

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Syftet ska vara att öka patienters nöjdhet genom ökad kontinuitet och tillgänglighet till sin husläkare och därigenom trygga och stärka patientsäkerheten. Utöver detta hoppas vi även stärka samhörigheten bland personalen och på så sätt bidra till ett starkare och mer hållbart arbetsklimat.

I tidigare patientenkät har önskemål om ökad kontinuitet framkommit samt att siffror i NPE har visat på minskad kontinuitet på vårdcentralen under 2023.

I medarbetarenkäter och medarbetarsamtal har det framkommit önskemål om ökad kontinuitet både för ökad patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö.

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Teambaserat arbetssätt för ökad kontinuitet

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

- Öka kontinuiteten
- Öka tillgängligheten
- Öka patientnöjdheten
- Ytterligare trygga ett patientsäkert arbete
- Stärka arbetsmiljön och göra den mer hållbar

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

Vi har hittills satsat på att ge en läkartid snabbt framför att hålla på kontinuitet.

Teamarbete runt patienten.

Onödigt många inblandade försvårar ställningstaganden till beh/åtg

Färre inblandade ger kortare och snabbare kommunikationsvägar

Ibland kan det vara lång väntetid till just en läkare och det är svårt att i telefon motivera för pat varför den ska invänta tid hos sin egen läkare.

Genom fasta team kan ngn fler vara insatt i specifikt ärende, även överrapportera vid behov. Genom info om nytt arbetssätt, Öppen Mottagning, vet pat vilka dagar den egna läkaren är på plats och själv kan välja att komma just då.

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (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 patienter med diabetes. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Ökad kontinuitet. Mätvärde: Statistik på Läkarbesök senaste 18 mån för pat med kronisk sjd.	32%	2024-01-31	42%= samma som Stockholm	Medrave	2024-12-31
Indikator 2	Ökad kontinuitet Mätvärde: Patientupplevelse	68%	Sept 2023	71% = samma som Stockholm	NPE 2023	Sept 2024
Indikator 3	Ökad patientnöjdhet Mätvärde: Patientupplevelse	80%	Sept 2023	85%	NPE 2023	Sept 2024
Indikator 4	Ökad listningsgrad på namngiven doktor	80%	2024-01-01	95%	Liston	2024-12-31
Indikator 5	Bibehålla eller höja värdet på god arbetsmiljö Mätvärde: Medarbetarupplevelse.	92% genomsnittligt värde	Ht-2023	>92%	Preventionsenkät "Organisationsrisk och Social arbetsmiljö"	Ht-2024

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

- 1) Studiebesök på Järna VC som arbetar i team enligt en modell vi tror passar oss.
- 2) Planeringsdag för gemensam strukturering av teamarbete och start av Öppen Mottagning.
- 3) Respektive team auskulterar var sin fm på Järnas motsvarighet till Öppen mottagning.
- 4) Gemensam SWOT-analys av vårt planerade upplägg.

- 5) Skapande av mallar för hur vi ska beskriva vårt nya arbetssätt på telefonsvarare, i informationsbroschyrer etc.
- 6) Genomförande av arbetsförändringen och start av Öppen Mottagning.
- 7) Sammanställning och utvärdering av fakta/statistik och upplevelser under våra 2 första veckors arbete – dessförinnan ingen ändring.
- 8) Förbättringsförslag diskuteras i schemalagda möten inom professionsgrupperna.
- 9) Förbättringsförslag provas och utvärderas efter hand.
- 10) Utvärdering efter 4 mån. arbete enligt modellen.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1
t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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 infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har listat nästan alla (99%) våra patienter på namngiven läkare.
Vi har delat upp hela personalgruppen i två team med lika många yrkeskategorier i varje.
Vi har omorganiserat hela vår verksamhet: Vi har nu "Öppen Mottagning" kl 10-11 varje dag, dit pat kan komma på ett drop-in-liknande besök hos sin listade doktor de dagar denne är i tjänst.
Vi uppmanar pat att ringa på morgonen för medicinsk bedömning av ssk och för besked om läkaren är på plats. Om patientens listade läkare inte är på plats och det medicinska behovet inte kan vänta, får patienten träffa en annan läkare inom teamet. Även besök hos ssk och usk sker också i första hand inom teamet, medan vår (enda) psykoterapeut ingår i bägge teamen. Årskontroller förbokas via telefon eller väntelistor, övrigt hänvisas till Öppen Mottagning. Läkarnas eftermiddagar bokas endast av dem själva t ex uppföljningar, konsultationsärenden etc.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**

Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol		Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum /period för resultatvärdet
Indikator 1	Ökad kontinuitet. Mätvärde: Statistik på Läkarbesök senaste 18 mån för pat med kronisk sjuk.	32%	2024-01-31	42%= samma som Stockholm	38%	Medrave	2024-12-31
Indikator 2	Öka kontinuitet Mätvärde: Patientupplevelse	68%	Sept 2023	71% = samma som Stockholm	78% (Stockholm: 72%)	NPE 2024	Sept 2024
Indikator 3	Öka patientnöjdheten Mätvärde: Patientupplevelse	80%	Sept 2023	85%	89,5%	NPE 2024	Sept 2024
Indikator 4	Öka listningsgraden på namngiven doktor	80%	2024-01-01	95%	99%	Liston	2024-12-31
Indikator 5	Bibehålla eller höja värdet på god arbetsmiljö Mätvärde: Medarbetarupplevelse	92% genom snittligt värde	Ht-2023	>92%	Resultatet ej klart ännu (pga admin.krängel hos Prevent)	Medarbetarenkät	Ht-2024
Övriga kommentarer:							
En anledning till att vi inte nått vårt kontinuitetsmål på 42%, tror vi är att starten av Öppen Mottagning blev fördröjd då det tog längre tid än väntat att planera och omorganisera. Vi fortsätter förbättringsarbetet under 2025 och förväntar oss fortsatt ökande kontinuitets- och nöjdhetssiffror.							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							

T-T-T = "Team Tar Tid"

Att ha med så många som möjligt "på tåget" i förändringsarbetet är en förutsättning för lyckat resultat. Vi sköt på starten av det praktiska genomförandet av förändringen och lät mycket tid gå till förberedelser och planering och för att verkligen ha "alla" med i processen. Eftersom vi är en stabil och sammansvetsad arbetsgrupp trodde vi att det skulle fungera att gå fortare fram. Vi trivs oerhört bra med vårt nya arbetsätt och rekommenderar andra att våga prova, men råder alla att från början räkna med en lång förändringsprocess.

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?

Tack vare vår litenhet har vi generellt lätt till en öppen och nära dialog med våra patienter och uppmuntrar dagligen patienter till förbättringsförslag. Våra patienter är de bästa utvärderarna av vårt arbete; vi har t ex testat vår informationsbroschyr om Öppen Mottagning på våra patienter och ändrat den utifrån de förändringsförslag vi fått.

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.

Vi kommer att fortsätta arbetssättet under våren 2025 och utvärdera allt-eftersom – och i nuläget är den generella uppfattningen på mottagningen att vi hittat ett hållbart arbetssätt som vi tror kommer att bestå ett bra tag framöver.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.