

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Ökad kontinuitet

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Täby Vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Malin Sandberg	Malin.sandberg@regionstockholm.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 del1 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 <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> 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: Malin Sandberg
Profession: Verksamhetschef
E-post: malin.sandberg@regionstockholm.se
<h3>Att involvera flera</h3> <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>
A: Linda Björnestål Åberg, Allmänspecialist MLA Åsa Clase, Enhetschef Susanne Pantzar, DSK

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

B:
Patientenkät

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?

Täby Vårdcentral har ca 12 600 listade patienter. De senaste två åren har listan ökat med ca 2000 patienter. Vi har under många år haft ett tak för en allmänspecialist på 1600 listade vid 100% tjänst. Syftet med taket har varit att skapa förutsättningar för en patientsäker vård och rimlig arbetsmiljö för allmänspecialisterna.

Med en ökande lista och fyllda listningstak/läkare har det medfört att många av våra patienter (ca 5000) är listade på mottagningen istället för på namngiven läkare. Det medför att många patienter inte har ngn läkare som tar helhetsansvaret, men också att det går mycket tid för sköterskor och läkare att hantera inkommande ärenden då det är otydligt vem som bär ansvar för att ta hand om patienten. Flera läkare måste sätta sig in i patientens medicinska situation och sköterskor lägger mkt tid på att se till att patienten hamnar rätt och får hjälp. Patienter bollar mellan läkare och risken för missar är stor.

Med vårt arbete för att öka andelen patienter som är listade på namngiven läkare hoppas vi skapa bättre kontinuitet och trygghet för patienten, en mer patientsäker vård, bättre arbetsmiljö för sköterskor genom minskad tid för att hantera ärenden samt en bättre arbetsmiljö för läkarna genom en tydlighet och kännedom om sina patienter.

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.

Ökad kontinuitet för patienten, ökad patientsäkerhet och förbättrad arbetsmiljö genom listning på namngiven läkare.

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:

Bättre kontinuitet för patienten dvs pat träffar samma vårdgivare i större utsträckning.
 Upplevd kontinuitet och trygghet för patienten.
 Kortare hanteringstid för inkommande ärenden för sköterskor.
 Minska läkarna/sköterskornas upplevelse av osäkerhet och frustration över ärenden som inte har ngn ansvarig läkare.
 Tydlighet vid nylistning.

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/>

1: Ökad listning senaste åren

1.1: Fortsatt listning, och anpassning av resurser som följer listning
 1.2:
 1.3:

2: Svårigheter att rekrytera rätt personal

2.1: Aktiv rekrytering av ny allmänspecialist
 2.2:
 2.3:

3: Motverkande ideal om arbetsmiljö (begränsat antal listade per läkare), kontinuitet, patientsäkerhet och ekonomi

3.1: Skapa tydlig rutin för listning
 3.2: Höja taket för antal listade per läkare fr 1600 till 1800 för en heltid
 3.3: Följa resultatet av arbetet under året för att skapa förståelse och engagemang

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 snabbspirometrier 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 "balanserande 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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Kontinuitetsmått från primärvårdskvalitet</i>	Minst 2 besök: 51,74% (läkare) 52,88% (alla) Minst 3 besök: 45,15% (läkare) 45,58% (alla)	2024-01-01	60% för läkare 50% för alla	M4	2024-12-31
Indikator 2	<i>Andel listade patienter som är listad på namngiven läkare</i>	53%	2024-01-01	75%	Liston	2024-12-31
Indikator 3	<i>Andel besök som är bokade till PAL</i>	33% av de bokade pat var listade på mott. 17% av de bokade pat var listade på namngiven dr men bokade till annan dr. 50% av de bokade pat var bokade till sin listade dr.	2024-01-01	15% ej listade. 10% listade men bokade till annan dr. 75% bokade till sin listade dr.	Take Care	2024-12-31
Indikator 4	<i>Andel patienter som ringer till VC som ej är listade på namngiven läkare.</i> <i>Tidsåtgång för hantering av inkommande ärenden för patienter utan PAL</i>	X	2024-01-01	X	Audit	2024-12-31
Indikator 5	<i>Patientupplevelse av kontinuitet och koordinering</i>	77,0	2023-09	80	Nationell patientenkät	2024-12-31
Kommentar (valfritt): <i>Indikator 3: Analys av samtliga besök under vecka 6 2024. Andelen patienter listade på namngiven läkare ska bokas till PAL alt dennes AT/ST. Ny analys görs i slutet av året.</i> <i>Indikator 4: Audit för sköterskor i telefonen genomförs vecka 10-11, vecka 37-38 samt vecka 49-50.</i>						

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 blev som ni tänk? 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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

Audit för att undersöka tidsåtgång för sköterskor att hantera inkommande ärenden. Nuläge, mellanläge och slutläge.

Rekrytering av allmänspecialist.

Genomgång av listor för att lista rätt patienter på rätt läkare (den som känner pat bäst).

Rutin för tydlig nylistning på namngiven läkare där patienten inte har eget önskemål.

Månadsvis uppföljning av antal listade per läkare.

Kvartalsvis uppföljning av kontinuitetsmått i M4.

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?

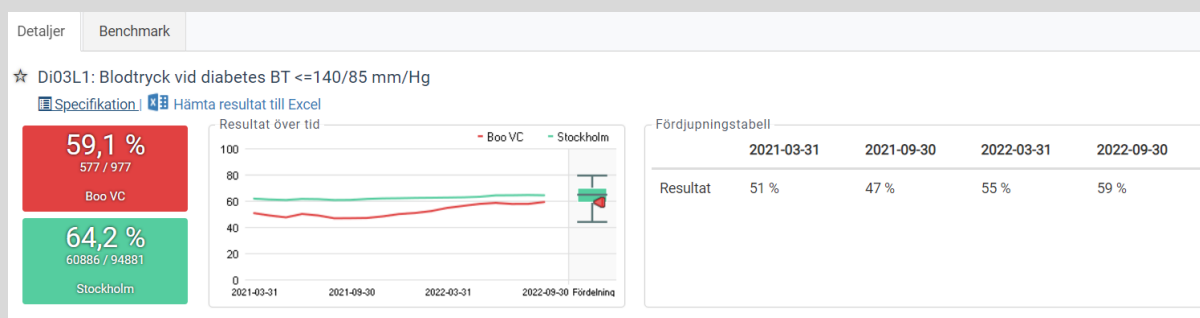
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter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

Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

- Vår första åtgärd var att höja listningstaket från 1600 till 1800 per heltidsspecialist. Det gjordes genom flera diskussioner med läkargruppen om fördelar och nackdelar. Våra 12 600 patienter måste tas om hand, oavsett hur listningen på namngiven läkare ser ut. Att ha högre kontinuitet och att läkarna lär känna sina patienter har underlättat arbetet.
- Vi rekryterade ytterligare en allmänspecialist under året, för att skapa utrymme för att stor andel av patienterna är listade på namngiven, utan att överstiga listningstaket på 1800 listade per heltidsspecialist.
- Vi arbetade alla tillsammans med att lista patienter på namngiven läkare. Receptionspersonalen när pat kom till kassan och inte hade ngn namngiven läkare, SSK i TeleQ när patienter ringer samt läkare i samband med patientbesök av patienter de träffar fler än en gång, eller patienter som kommer att behöva återbesök och uppföljning.
- Två administrativa resurser har gått igenom listan av patienter listade på mottagning och listat dessa till den läkare de haft mest frekvent kontakt med.
- Vi har följt andelen listade per läkare och kontinuitetsmått från M4 månadsvis genom information på whiteboard i personalrummet.

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	<i>Kontinuitetsmått från primärvårdskvalitet</i>	Minst 2 besök: 51,74% (läkare) 52,88% (alla) Minst 3 besök: 45,15% (läkare) 45,58% (alla)	2024-01-01	60% för läkare 50% för alla	61% för läkare 59% för alla	M4	Helår 2024

Indikator 2	<i>Andel listade patienter som är listad på namngiven läkare</i>	53%	2024-01-01	75%	75,2%	Liston	31/12-24
Indikator 3	<i>Andel besök som är bokade till PAL</i>	33% av de bokade patienter var listade på mott (ej PAL). 17% av de bokade patienter var listade på namngiven dr men bokade till annan dr. 50% av de bokade patienter var bokade till sin listade dr.	2024-01-01	15% ej listade . 10% listade men bokade till annan dr. 75% bokade till sin listade dr.	8,7% ej listade på PAL. 4% listade med bokade till annan dr. 87,2% bokade till sin listade dr.	Take Care	Dec 2024
Indikator 4	<i>Andel patienter som ringer till VC som ej är listade på namngiven läkare.</i> <i>Tidsåtgång för hantering av inkommande ärenden för patienter utan PAL</i>	76%	2024-01-01	50%	22,5%	Audit	Dec 2024
		Snitttiden för ärenden utan PAL är 7 min i TeleQ Snitttiden för ärenden med PAL är 4 min i TeleQ					

Indikator 5	<i>Patientupplevelse av kontinuitet och koordinering</i>	77,0	2023-09	80	85,2	Nationella patientenkäten	Okt 2024
--------------------	----------------------------------------------------------	------	---------	----	------	---------------------------	----------

Övriga kommentarer:

Vi har utfört upprepade undersökningar i TeleQ genom att mäta tiden det tar att hantera inkommande ärenden. Hanteringen av ärenden utan PAL tar i snitt 7 min och ärenden med PAL tar i snitt 4 minuter. Att andelen inkommande ärenden utan PAL har minskat från 76% till 22,5% har minskat tiden i TeleQ och ökat förutsättningarna för en god telefontillgänglighet.

Vi har skapat en struktur för listning av patienter på namngiven dr samt bokning av patienter med ärenden till VC.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att förändringsarbete blir mer framgångsrikt när samtliga berörda är engagerade och insatta i mål och syfte.

Att kontinuitet är viktigt för patientsäkerheten på vårdcentralen, och att det även kan bidra till ökad tillgänglighet.

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?

Vi har följt resultatet av upplevd kontinuitet och delaktighet via patientenkäten.

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 har för avsikt att fortsätta se till att listningen på namngiven läkare ligger på minst 75%. Vi har även budgeterat för ytterligare en specialistläkare under 2025 för att sträva efter målet att minska antalet listade per namngiven läkare.

En observation vi gjort under året är att vi haft fler ärenden gällande klagomål från patienter. Så även om patientnöjdheten har ökat vad gäller upplevelse om kontinuitet, delaktighet och helhetsupplevelse så finns det en del patienter som föredrar bristande kontinuitet. Ärendena har då rört långvariga sjukskrivningar och förskrivning av vissa typer av läkemedel. Vår tolkning av detta är att vid låg kontinuitet sker en större slentrianförlängning av recept och sjukskrivning, vilket ifrågasätts med en högre kontinuitet och där samma läkare följer patienten.

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.siso@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.

