

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

Danviks vårdcentral Teambaserat arbetssätt för ökad kontinuitet del 1 och 2

| Information om husläkarmottagningen | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Mottagningens namn | Namn på er Informationsapotekare |
| Danviks vårdcentral | Anna Zucco |
| Verksamhetschef | Verksamhetschefens e-post |
| Cecilia Bretón | cecilia.breton@primavard.se |
| Kontaktperson för förbättringsarbetet | Kontaktpersonens e-post |
| Cecilia Bretón | cecilia.breton@primavard.se |

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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2025**, **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026** **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Radera EJ text i grå fält.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetssätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1 – Planen

| Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession: |
|---|
| Namn: Cecilia Breton |
| Profession: Verksamhetschef |

Att involvera flera

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

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock 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) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

Team 1: Ulrika Wallgren (Spec Allmänmedicin), Marita Fouladiun (Spec Allmänmedicin), Camilla Zuwak (ST-läkare), Emma Lind (dsk), Tove Björnell (ssk), Anna Hellström (usk).

Team 2: Malgorzata Szabat (Spec Allmänmedicin), Jennie Kleist (ST-läkare), Erica Källström (ST-läkare) Poria Mehdizadegan (AT-läkare), Pernilla Alsberg (dsk), Emilia Sandström (ssk), Helene Frank (usk).

Jon Hirasawa (psykoterapeut) och Hossein Rahimi (usk i hemsjukvården) tillhör båda teamen.

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

B: Patientenkäter, intervjuer, förslagslåda.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Vi har listat 95% av 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 patienten kan komma på ett drop-in-liknande besök hos sin listade läkare de dagar denne är i tjänst. Vi uppmanar patienten att alltid ringa på morgonen för medicinsk bedömning av sjuksköterska 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 sjuksköterska och undersköterska 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, till exempel uppföljningar, konsultationsärenden etc.

I detta nästa steg vill vi utvärdera vad förändringsarbetet lett till gällande arbetsmiljö, och patientupplevelser, både ur kvalitativa och kvantitativa perspektiv.

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.

Hur vårt nya arbetssätt påverkar vår arbetsmiljö och patienternas upplevelse av tillgänglighet och kontinuitet.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbatteringstrappa/>

Formulera här era mål:

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.

Vi vill nu ta reda på om vårt nya arbetssätt är ett "bättre" än vårt tidigare mer traditionella arbetssätt.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

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

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Ibland blir fler personer inblandade än nödvändigt

1.1: Genom team förtydligas ansvaret
1.2: Minska kommunikationsvägarna
1.3:

2: Långa väntetider till vissa läkare

2.1: Genom team kan fler läkare/sköterskor vara insatta
2.2: Då tider finns varje dag får patienten fler möjligheter/tillfällen att få träffa sin husläkare
2.3:

3: Patienter kan ibland uppfatta att hen får träffa många olika läkare

3.1: Genom team tryggas patienten
3.2: Pat vet vilka som ingår i hens team
3.3:

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbatteringstrappa/>

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.)

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 ”balansrande 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. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

| | 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. Medr-ave) | Datum för att uppnå målvärdet |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Indikator 1 | Ökad kontinuitet. Mätvärde: Statistik på Läkarbesök senaste 18 mån för pat med kronisk sjuk. | 38% | 2024-12-31 | 42% | Medr-ave | 2025-12-31 |
| Indikator 2 | Öka kontinuitet Mätvärde: Patientupplevelse | 78% | Sept 2024 | 95% | NPE 2025 | Sept 2025 |
| Indikator 3 | Öka patientnöjdheten Mätvärde: Patientupplevelse | 89,% | Sept 2024 | 95% | NPE 2025 | Sept 2025 |
| Indikator 4 | Patientnöjdhet Mätvärde: Patientupplevelse | Omedveten | 2025-01-01 | Medveten | Enkäter | 2025-12-31 |
| Indikator 5 | Patientnöjdhet Mätvärde: Patientupplevelse | Omedveten | 2025-01-01 | Medveten | Intervjuer | 2025-12-31 |

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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?

Utöver undersökning av resultat via källorna från starten av projektet erbjuds ett slumpmässigt urval av pat en enkät, slumpmässigt urval av pat kontaktas för intervju, därtill sätts en förslagslåda upp i väntrummet.

Vi har avvikit från planen att kalla till intervjuer.
I övrigt har vi genomfört samtliga aktiviteter vi planerat och vi arbetar kontinuerligt med små justeringar för att hela tiden förbättra arbetssättet.

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

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 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 2025 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?

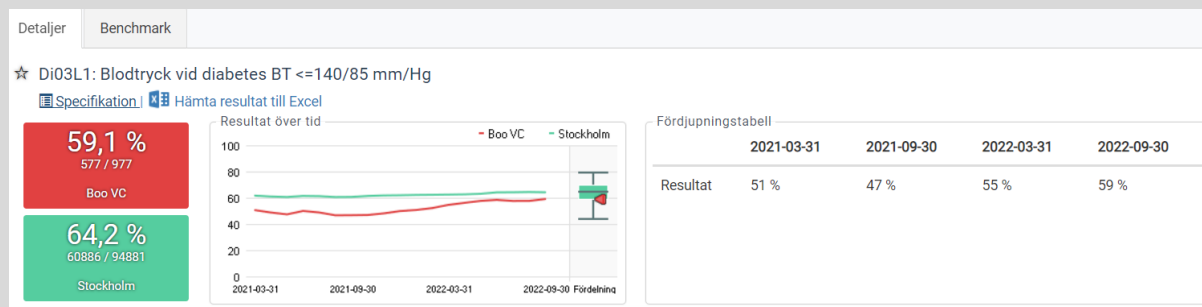
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter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

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

- 1) Vi har implementerat Öppen mottagning alla dagar (hos olika läkare). Patienterna har informerats om att alltid ringa på morgonen mellan kl. 08.00-09.00 samma dag som önskat läkarbesök/sköterskebesök. De är välinformerade om teamet de tillhör genom informationsblad som finns att ta med sig hem.
- 2) Samtliga sjuksköterskor bemannar telefonen varje dag mellan kl. 08.00-09.45 då alla samtal som ringt in mellan kl. 8-9 hinner ringas upp och de får då information om att de kan komma på Öppen mottagning. Viktigt att poängtera är att medicinsk rådgivning fortfarande ges i telefonen och att alla ej måste komma samma dag.
- 3) Vi håller relativt strängt på att man i de allra flesta fall ska få komma till sin husläkare utom i akuta/semiakuta fall då husläkaren ej är i tjänst eller arbetar hemifrån.
Teamsjuksköterskorna har dock hjälpts åt i hög utsträckning. Då det är en liten mottagning har vi noterat att de flesta patienter känner alla sjuksköterskor och ej haft samma behov av kontinuitet inom den professionen.
- 4) Vi har infört ett "patienttak" med max 7 patienter /läkare/öppen mottagning.
- 5) Vi har även noterat att det varit svårt för vissa läkare att boka in uppföljningar på eftermiddagarna då de upplever att de då inte hinner och vi har därför infört "mottagningsdagar" för specialistläkarna med för patienterna förbokningsbara tider.
- 6) Vi har fortsatt ha årskontroller på morgontider mellan 8-9.45 vilket fungerat väl.
- 7) Vi har infört prioritering av patienter över 80 år samt sköra patienter under öppen mottagning genom att skriva ett "Å" i bokningen så att läkarna snabbt kan börja med dessa.
- 8) Vi har även infört att skriva PRIO i bokningarna där medicinsk prioritering måste göras.

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. | 38% | 2024-12-31 | 42% | 51% (genomsnitt för mist 3 besök hos listningsbara läkare) | Medrave | 2025-12-08 |
| Indikator 2 | Öka kontinuitet Mätvärde: Patientupplevelse | 78% | Sept-2024 | 95% | * | NPE 2025 | Sept 2025 |
| Indikator 3 | Öka patientnöjdheten Mätvärde: Patientupplevelse | 89% | Sept 2024 | 95% | * | NPE 2025 | Dec 2025 |
| Indikator 4 | Patientnöjdhet Mätvärde: Patientupplevelse | Omedveten | Nov 2025 | 80% | **M=70% | Enkät | Dec 2025 |
| Indikator 5 | Patientnöjdhet Mätvärde: Patientupplevelse | Omedveten | *** | *** | *** | Intervju | - |

Övriga kommentarer:

*Då ännu inte NPE resultaten inkommit kan indikatorerna 2 och 3 ej fyllas i i dagsläget. Däremot i 1177 har Danviks Vårdcentral under "Tillgänglighet – Medicinsk bedömning av legitimerad vårdpersonal inom 3 dagar" uppnått 97% (Rapporteringsperiod Oktober 2025)

**M= medelvärde mätt på de patienter som utifrån 3 frågor varit positiva till sin upplevelse av Öppen mottagning; Bilaga 1.

***Inga planerade intervjuer har kunnat göras, däremot har spontana samtal gjorts med patienter som önskat uttrycka åsikter i samband med besök, dessa kan dock ej mätas.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har tydligt kunnat se fördelarna med både Öppen mottagning och teambaserat arbete. Teamen har tillsammans ökat patientsäkerheten genom att trygga kedjan så att patienter ej "faller mellan stolarna lika lätt". Det blir lättare att täcka upp då kollegor ej är i tjänst och vi tar emot i princip samtliga patienter som behöver vård och har inte behövt hänvisa till exempelvis närakut pga brist på läkartider.

Vi har insett att den Öppna mottagningen snabbt innebar att vår patientgrupp vidgades initialt och många patienter mellan 0-65 år listade sig på mottagningen. Tidigare har vi haft en avsevärt äldre patientgrupp på vår mottagning. Detta innebar efter hand att många i den "yngre" patientgruppen efter en tid ej kunde komma på öppen mottagning pga att arbetstiderna krockade med tiden för Öppen Mottagning. Det innebar i sin tur att många istället ville boka läkartid vilket då inte gick eftersom inflödet primärt skulle vara på Öppna mottagningen och uppföljningarna skulle bokas av enskild läkare.

Vi insåg också att många av våra äldre och skörare patienter ibland fick vänta länge under Öppna mottagningen vilket vi såg som en svaghet och ej patientvänligt.

Vi har tydligt sett fördelarna med detta arbete i den dagliga arbetsmiljön då den blivit mer hållbar och trivsamt. Vi har dock gjort successiva förbättringar för läkargruppen där vi satt ett patienttak på antal besök under Öppen mottagning.

Vi har lärt oss att det är möjligt att göra stora förändringar för att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten för patienter men också att detta inte alltid uppskattas av alla.

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 kontinuerligt tagit emot åsikter från patienter och även haft stående uppföljningsmöten för att stegvis göra justeringar som patienter uttryckt önskemål om. Det faktum att patienterna tillhör ett team har ökat involveringen i den egna vården och i förståelsen om att olika professioner har olika ansvarsområden och kompetenser, det har exempelvis lett till att många patienter inser att läkarbesök inte alltid är nödvändigt eller ens rätt instans för besökets grundorsak.

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.

Planen framåt är att fortsätta ha öppen mottagning men att strukturera den något genom att 1) ge patienterna en ungefärlig tid för besöket 2) öppna upp dagar månadsvis hos husläkarna för planerade mottagningstider då de istället inte har öppen mottagning 3) prioritera äldre patienter med *Äldremottagning* med bokade mottagningstider (månadsvis). 4) prioritera äldre/sköra patienter under Öppna mottagningen.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sloso@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") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.