

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 TEMA: ...Kontinuitet...

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Rissne vårdcentral	
Verksamhetschef Ulf Aringer	Verksamhetschefens e-post Ulf.aringer@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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2025, 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 2026 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: Martin Grödeberg
Profession: Läkare
E-post: martin.grodeberg@regionstockholm.se
Att involvera flera
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <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).
A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner
A: Anna Lundstedt, ssk Angelica Gervin, ssk

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

B: Patientenkät med frågor kring om patienten är listad på en specifik läkare, om de vid det aktuella besöket kommer att träffa nämnda läkare och hur mycket längre de hade varit beredda att vänta för att träffa listad läkare.

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?

Vi har inte haft ett fungerande system för att kunna erbjuda patienter kontakt med en och samma läkare vid varje besök, ofta har patienten behövt erbjudas en ny läkare vid varje ny kontakt. Genomsnittligt kontinuitetsindex (alla patienter senaste 18 månaderna, läkare) enligt PrimärvårdsKvalitet är 0,38 för Region Stockholm, i Rissne är det 0,32. Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, flera sjukdomar och mångsökare följer samma mönster – 0,37, 0,36 respektive 0,32 i Rissne och 0,44, 0,45 respektive 0,47 i genomsnitt för regionen.

Detta beror delvis på hur bemanningen sett ut på läkarsidan, men också på att vi inte haft ett listningssystem som fungerat i praktiken och en 'kultur' där patienter i princip bokats på första lediga tid, oavsett listad läkare.

Förbättringsarbetets målsättning är förbättrad kontinuitet avseende läkarkontakter.

Arbetet påbörjades redan i samband med 2024 års kvalitetsarbete och graden av kontinuitet ökade i någon mån under 2024, men i alltför långsam takt. De strategier vi använde under 2024 förefaller ha varit otillräckliga och vi tycks behöva driva frågan mer resolut. Vi har därför tagit fram besökslistor från de senaste åren och avlistar patienter från läkare de inte haft kontakt med de senaste två åren. Detta i syfte att komma vidare i arbetet med ett fungerande listningssystem och i förlängningen skapa bättre förutsättningar för kontinuitet i patient-läkar-relationen.

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.

Kontinuitet vid läkarkontakt

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Förbättringsarbetets övergripande målsättning är förbättrad kontinuitet där en större andel av läkarbesöken genomförs hos den läkare patienten är listad på.

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/verkygslada-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/verkygslada-patientsamverkan/>

1: För få listningsbara läkare

1.1: Rekrytera listningsbara läkare (faller utanför ramen för förbättringsarbetet)

2: Röriga och stora patientlistor. Patienter kan ha haft långvarig kontakt med en läkare men vara listad på annan. Vissa läkare har väntetider som genomgående överstiger fem veckor för alla sökorsaker.

2.1: Lista om patienter en bloc – istället för successivt – för att skapa aktuella och hanterbara patientlistor.
2.2: Arbeta för att bokningsalgoritm som premierar kontinuitet följs.

3. Efterfrågan på snabb tid trumfar besök till listad läkare

3.1: Kommunicera fördelarna med kontinuitet när patienter tar kontakt för tidsbokning.
3.2: Öka medvetenhet om fördelarna med kontinuitet i hela personalgruppen

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 ”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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare.</i>	0,37	Jan 2025	0,42	Primär vårdskvalitet	Dec 2025
Indikator 2	<i>Kontinuitetsindex för patienter med samsjuklighet (2-3 sjukdomar), senaste 18 månaderna, läkare.</i>	0,36	Jan 2025	0,42	Primär vårdskvalitet	Dec 2025
Indikator 3	<i>Kontinuitetsindex för mångsökare, senaste 12 månaderna, läkare.</i>	0,32	Jan 2025	0,42	Primär vårdskvalitet	Dec 2025
Indikator 4	<i>Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 mån, läkare</i>	0,32	Jan 2025	0,38	Primär vårdskvalitet	Dec 2025

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?

Vi har tagit fram listor för besök till listningsbara läkare genomförda under de senaste två åren. En viss andel av de patienter som under den perioden inte haft kontakt med aktuell läkare flyttas från läkaren till listning på vårdcentralen. Detta i syfte att skapa patientlistor i hanterbar storlek, så att listad läkare kan finnas tillgänglig inom rimlig tid för listade patienter.

Vi behöver fortsätta ha fokus på frågan och tydliggöra för hela personalgruppen att kontinuitet är av värde för både patient och vårdgivare.

Vi behöver fortsatt utvärdera arbetet löpande och identifiera vilka svårigheter som uppstår och försöka vidta åtgärder för att om möjligt underlätta strävan efter att boka patienter med hög grad av kontinuitet i fokus.

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.slso@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

I syfte att skapa bättre förutsättningar för att patienter ska kunna erbjudas till tid listad läkare i rimlig tid har vi minskat på antalet patienter per specialist till mellan 1600 och 1800 per heltidstjänst. Patienter som varit listade på en läkare de inte träffat de senaste åren har listats om till ST-läkare eller vårdcentral.

Frågan om att eftersträva kontinuitet har löpande hållits levande genom att personalgruppen gjorts medveten om fördelarna och kontinuerlig återkoppling avseende resultat.

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>Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare.</i>	0,37	Jan 2025	0,42	0,41	Primär vårdskvalitet	Dec 2025
Indikator 2	<i>Kontinuitetsindex för patienter med samsjuklighet (2-3 sjukdomar), senaste 18 månaderna, läkare.</i>	0,36	Jan 2025	0,42	0,45	Primär vårdskvalitet	Dec 2025
Indikator 3	<i>Kontinuitetsindex för mångsökare, senaste 12 månaderna, läkare.</i>	0,32	Jan 2025	0,42	0,48	Primär vårdskvalitet	Dec 2025
Indikator 4	<i>Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 mån, läkare</i>	0,32	Jan 2025	0,38	0,38	Primär vårdskvalitet	Dec 2025

Övriga kommentarer:

Trenden mot förbättrad kontinuitet är glädjande nog mycket tydlig för alla indikatorer.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

En tydlig lärdom från projektet är att ambitionen om ökad kontinuitet i patient–läkarrelationen kan stå i konflikt med patientens upplevda behov av snabb tillgänglighet. För patienter som ännu inte har etablerat en relation till sin listade läkare väger möjligheten att få en tid snabbt ofta tyngre än vem besöket sker hos. Kontinuitet är alltså inte enbart en organisatorisk fråga, utan också en relationell process som behöver byggas över tid.

Ytterligare en viktig lärdom är att trots tydliga och återkommande instruktioner har det visat sig svårt för sjuksköterskor i telefonrådgivningen att vara helt konsekventa i bokningen. Särskilt under perioder med hög belastning och upplevelse av tidspress tenderar fokus att förskjutas mot att snabbt lösa patientens ärende, och strävan efter kontinuitet blir svår att upprätthålla. En nyckel till fortsatt förbättring tycks mot bakgrund av detta vara åtgärder som minskar belastningen i telefontriagen.

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?

Ambitionen var att patienter skulle få besvara en enkät med frågor kring listning och den konflikt mellan att träffa listad läkare och snar besökstid som ofta föreligger vid bokningstillfället. Detta har tyvärr inte kunnat slutföras under året.

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 är att befästa kontinuitet som ett naturligt och integrerat arbetssätt i verksamheten, men vi behöver också se över åtgärder som gör det lättare för sköterskor i telefontriage att boka till rätt läkare.

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 2026 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.