

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Tillgänglighet och kontinuitet hos läkare

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Curera	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Carina Almqvist	Verksamhetschefens e-post Carina.almqvist@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Carina Almqvist	Kontaktpersonens e-post Carina.almqvist@capio.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 rita.fernholm@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 arbetsätt). 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: Carina Almqvist
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

A:

Anna Andersen, läkare
Li Olofsson Roth, DSK
Nova Grunewald, receptionist
Carina Almqvist, verksamhetschef

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

B: Patientråd där vi diskuterade digitala kontakter och information efter läkarbesök via journalen på 1177. Där det framkom att den största bristen med vår vårdcentral var väntetiderna till läkare. Vi planerar ett nytt patientråd under hösten 2025 för att se om det upplever en förbättring.

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 ett högt inflöde i telefon och chatt av våra patienter och långa väntetider till läkare.

Genom att ändra arbetssätt så att besöken blir prioriterade av läkare så att vi kan fördela besöken bättre och kanske även minska på "onödiga" vårdkontakter, hoppas vi kunna minska väntetiderna och därmed minska inflödet i telefon/chatt genom att patienterna inte behöver ringa flera gånger innan de får tid hos läkare.

Vi kommer även införa en "vad händer sedan" lapp för patienterna för att öka tydligheten för patienterna.

Med detta hoppas vi att vi skapar trygghet hos våra patienter och ökar patientsäkerheten genom att man i möjligaste mån träffa samma vårdgivare vid de flesta tillfällen och därmed förhoppningsvis minska antalet besök som görs av mångsökare.

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.

Tillgänglighet och kontinuitet hos läkare

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-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill arbeta med att förbättra patientkontinuiteten till läkare för att öka patientsäkerheten, genom kontinuitet till fast läkarkontakt minimeras risken att patienten inte får vård i tid. Minska väntetiderna väntetider till läkare för att besöken hos läkare lätt ska kunna prioriteras och att patienten skall få hjälp i rimlig tid och därmed minska på behovet att söka kontakt på nytt. Minska inflödet i telefon/chatt.

- Förbättra patientkontinuiteten för patienter med kronisk sjukdom
- Minska andelen besök hos våra mångsökare.
- Minska inflödet i telefon/chatt
- Minska väntetider till läkare
- Förbättrad information till patienterna om vad som händer efter besöket för att skapa trygghet hos våra patienter om vad som är planerat.

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-forbattringstrappa/>

1: Det har inte alltid funnits tider för att boka till PAL, trots att vi ligger bra till med listade på namngiven läkare

2: Ovana hos patienter att läsa sin journal på 1177.

3: långvarig tradition eller vana på enheten att man alltid ska komma till doktorn vilket ka ta tid at vänja bort. Genom ökad trygghet att "ärendet bedöms direkt av din läkare" (digital rond) skapas trygghet och därmed minskat tryck i telefon

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/>

1.1: Digital rond med SBAR framför allt till PAL
1.2: Prioritering av bokningar så att rätt patient får rätt läkartid.

2.1: Dokument "vad händer sedan" med info om olika kontaktvägar
2.2: Tydlig instruktion om hur man hittar journal på 1177

3.1:
3.2:
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/verktyglada-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.)

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. 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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Väntetider för läkartid</i>	2-3 mån	Jan 2025	1 mån	Tidbo ken	251231
Indikator 2	<i>Inkommande ärenden telefon/listad och år</i>	3,96	Jan 2025	3	TeleQ	251231
Indikator 3	<i>Andel besök för mångsökare hos läkare/år</i>	12,85 antal besök/år	Jan 2025	11 antal besök /år	Medrave	251231
Indikator 4	<i>Andelen mångsökare. Läkare (Pro6L)</i>	3,3%	Jan 2025	2,7%	PVQ	251231
Indikator 5	<i>Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom (Koo1L)</i>	0,39	Jan 2025	0,44	PVQ	251231
Indikator 6	<i>Hur många läkare använder lappen "vad händer sedan"</i>	0	Jan 2025	6		251230

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?

1. Patientråd med ett antal patienter med frågor om digital kontakt
2. Nova gör lathund för att hitta till journalen på 1177, kontakt via flow och en vad händer sedan lapp.
3. Information om informationslappen på APT
4. Jan 2025 arbetsmöte med alla ssk/läkare för att presentera nytt arbetssätt med digital rond och rutin delas ut till samtliga.
5. Tidböckerna görs om from v 13

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?

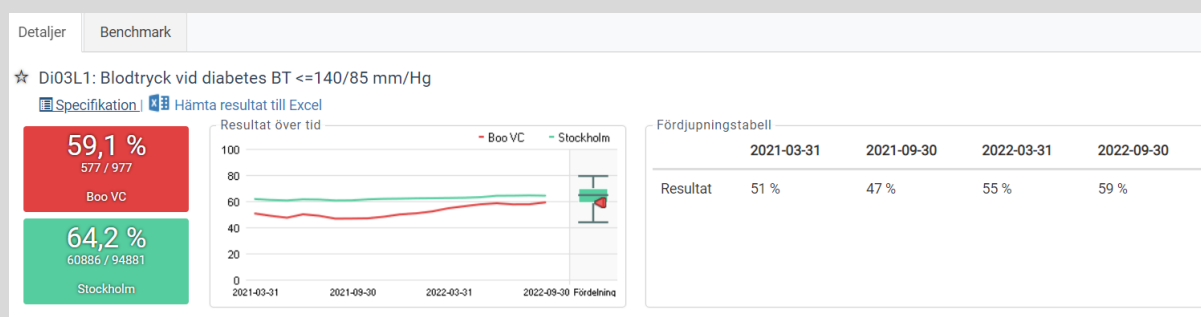
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter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

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

Det stora arbetet vi har gjort var att ställa om tidböckerna så att alla läkarbesök (utom de akuta som bokas samma dag) går till läkare för bedömning och triagering vilket har gjort att läkartiderna blir bättre prioriterade och vissa besök som ssk bedömer som läkarbesök kan läkarna åtgärda utan att det behöver bli besök av detta, vilket har gjort att vi minskat väntetiderna till läkare.

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	Väntetider för läkartid	2-3 mån	Jan 2025	1 mån	1-2 veckor	251231	Väntetider för läkartid
Indikator 2	Inkommande ärenden telefon/listad och år	3,96	Jan 2025	3	2,63	251231	Inkommande ärenden telefon/listad och år
Indikator 3	Andel besök för mångsökare hos läkare/år (Från Capiorapport i Medrave)	12,85 antal besök/år	Jan 2025	11 antal besök/år	8,2 antalbesök/år	251231	Andel besök för mångsökare hos läkare/år
Indikator 4	Andelen mångsökare. Läkare (Pro6L)	3,3%	Jan 2025	2,7%	8%	251231	Andelen mångsökare. Läkare (Pro6L)
Indikator 5	Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom (Koo1L)	0,39	Jan 2025	0,44	0,41	251231	Kontinuitet index för patienter med kronisk sjukdom (Koo1L)

Övriga kommentarer:

Andelen mångsökare har ökat mycket och det beror nog på att det nu finns tider att boka in till läkare, vi trodde att detta skulle minska när man inte behövde vänta så lång tid på sitt besök men så blev inte fallet.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Många patienter som bokades in på läkarbesök tidigare kan åtgärdas på annat sätt eftersom läkarna har en annan "verktygslåda" än sköterskorna så att väntetider på läkartider minskar. Med kortare väntetider blir patientbesöken bättre prioriterade istället för att bokas på första lediga tid.
Bättre arbetsmiljö för både läkare och sköterskor.

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 hade ett patientråd initialt i projektet och har sedan följt patienternas synpunkter via mätningar av patientnöjdhet som skickas ut via sms.

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 inte gå tillbaka till vårt tidigare sätt att arbeta men kommer att fortsätta förbättra sköterskornas arbete med SBAR som är väldigt viktigt att det fungerar.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 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 forbattringsarbeten.apc.slso@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.