

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Tillgänglighet

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Meliva vårdcentral Nynäshamn	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Tf Bodil Björnsdotter	Verksamhetschefens e-post bodil.bjornsdotter@meliva.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Kim Söderlund	Kontaktpersonens e-post kim.soderlund@meliva.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 forbattringsarbeten.apc.slso@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 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.</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 forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p> <p>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).</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Kim Söderlund Profession: Undersköterska / Verksamhetskoordinator
<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 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. <p>A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner</p>

A:
Kim Söderlund Verksamhetskoordinator
Meira Forsman Distriktssköterska
Bodil Björnsdotter tf Verksamhetschef
Marianna Källgren Lenseus, Allmänspecialist och MLA

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

- B:
- Vi tar emot synpunkter via mail och direktkontakt som rapporteras in i vårt avvikelssystem, vilket vi sammanställer och kan följa och se hur synpunkter gällande tillgänglighet utvecklar sig.
 - Vi har kundnöjdhetsmätning, enkät, 2 gånger per år via QR-kod i verksamheten, inne hos läkare/ssk och i receptionen. En indikator i kundnöjdhetsmätningen svarar mot patienternas upplevelse av tillgänglighet:
Tillgänglighet – Hur väl passade bokningstiden dig?
(Skala 1–5, där 1 = mycket missnöjd och 5 = mycket nöjd)
 - Vi kan intervjua patienter om deras upplevelse av tillgängligheten, tex 3-5 patienter, för få möjlighet till följdfrågor och utvecklingsförslag från patienterna.

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 mycket lågt resultat i vårdgarantimätningen (SKR) under 2024. Vi har även ett sjunkande resultatvärde. Medicinskbedömning i primärvården var i snitt 2024 72% med ett spann på mellan 82–56%. I december var tillgängligheten för läkare 46% och sjuksköterskor 81%, totalt 56%. Vi har haft <4 veckors väntetid för besök till läkare samt endast ett fåtal tider för bokning samma dag.

Under 2024 har vår telefontillgänglighet varit 1905st samtal (5%) till fylld kö, det är 1905 samtal för mycket och 82,5% har fått en uppringningstid inom 90 minuter. I december fick 40% av våra samtal en uppringningstid på mer än 90 minuter efter att de tagit kontakt med oss, dvs vi har successivt gått mot en sämre tillgänglighet.

Vi vill förbättra vår tillgänglighet i vår telefonrådgivning och att erbjuda besök samma dag samt erbjuda besökstider inom fyra veckor för uppföljningar, årskontroller etc. Vi vill även uppnå vårdgarantin 10 av 12 månader 2025. Detta för att erbjuda en mer rättvis och jämlik vård med hög patientsäkerhet. Medicinskbedömning inom 3 dagar kräver att befolkningen kommer fram och får en rimlig uppringningstid samt möjlighet till besök samma dag i de fall den medicinska bedömningen indicerar den vårdnivån.

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.

Vi har valt att arbeta med vår tillgänglighet, för kontakt och för besök.

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-forbattningstrappa/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill säkra att vi erbjuder en rättvis och jämlik vård genom hög tillgänglighet för kontakt och bedömning. Vi vill även göra rätt prioriteringar och erbjuda patienterna en medicinskbedömning inom 3 dagar enligt vårdgarantin med besökstyp (fysiskt, distans, telefon/brev) utifrån vårdivåns behov.

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

1:
Vi har inte prioriterat rätt balans av planerade och oplanerade besök, vi har inte utgått från patienternas behov, inte heller haft följsamhet till riktlinjer om vilka tider som får bokas i förväg.

1.1: Säkra tillgången på oplanerade besök, daglig akutläkare
1.2: Triagera de oplanerade besöken från kontakt 1 (telefon/chatt) och använda alla yrkeskategorier.
1.3: Skapa förståelse i medarbetargruppen kring varför de oplanerade besöken inte får användas till planerade besök

2:
Vi har inte haft rätt inställningar i systemet och för att vi ska var tillgängliga samt att vi inte har bemannat vår telefoni utifrån hur patienterna söker kontakt med oss.

2.1: Utgå från tillgänglig statistik
2.2: Skarp förståelse för varför patienterna måste komma fram.
2.3: Rätt inställningar och rätt bemanning i vår telefoni

3:
Vi har inte triagerat och bokat patienterna utifrån vårdbehovs nivå utan erbjudit tid utan prioriteringar

3.1: Säkra att medarbetarna kan och använder hänvisningsstödet
3.2: Möjliggöra för distansbedömningar, hur och när det är möjligt

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/verktogslista-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.)

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 snabbspirometri 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	% av andel besök som erhållit medicinskbedömning av leg. personal inom 3 dagar via fysiskt, distansbesök eller telefon/brev.	Snitt 72% (82-56%)	Dec 2024	>85%	SKR, Medic inskb edöm ning i primä rvård en,	Dec 2025
Indikator 2	K001L: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare	0,42	Juni 2025	0,58	MR4, PVQ	Dec 2025
Indikator 3	K001S: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, sjuksköterska, på vårdcentral	0,34	Juni 2025	0,35	MR4, PVQ	Dec 2025
Indikator 4	Andel samtal till fylld kö i TeleQ	4,4% av samtalen nåddes av fylld kö	Dec 2024	0%	TeleQ /PBI	Dec 2025
Indikator 5	Andel med uppringningstid < 90 minuter	60% av samtalen fick en uppringningstid efter mer än 90 minuter	Dec 2024	>90% helår & per mån	TeleQ /PBI	Dec 2025

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 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 tar fram statistik på vår tillgänglighet i TeleQ samt SKR

Vi presenterar data för medarbetarna och varför vi behöver ha en god tillgänglighet (Avtal, lagar och patientsäkerhet)

Vi genomför förändringar av inställningar i TeleQ tillsammans med medarbetarna

Vi presenterar ett första steg till förändrat arbetssätt

Vi utvärderar på veckobasis hur våra nya inställningar och bemanning i TeleQ ökar vår tillgänglighet och kan upprätthållas. Månadsuppföljningar som presenteras för medarbetarna.

Vi utvärderar dels kontinuerligt och dels på uppföljningsmöten hur det nya arbetssättet fungerar i praktiken. Vi identifierar vad som fungerar bra och vad som behöver justeras. Vi följer upp gemensamt på APT och genom anslag för alla medarbetare att följa.

Vi följer på månadsbasis hur vi uppnår vårdgarantin.

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

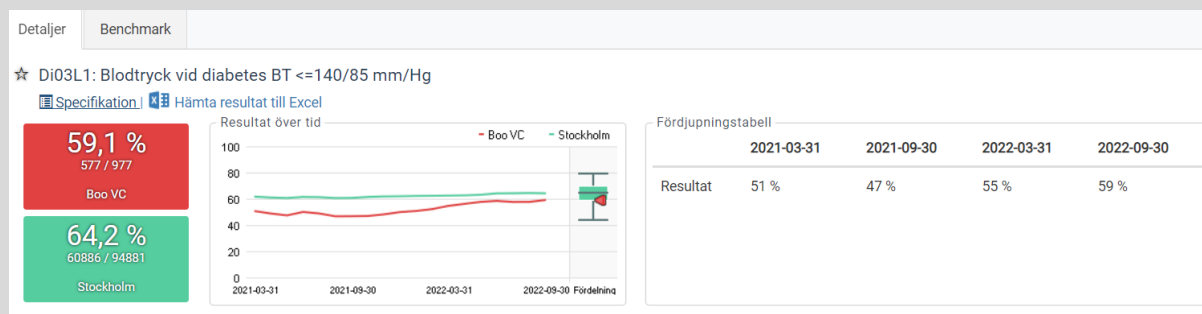
Vi har testat att analysera vår tillgänglighet utifrån det har vi gjort om inställningar i teleg samt sett över bemanning för att kunna ta emot inkommande samtal varje dag samt arbetet för snabbare uppringningstid för patienterna.

Detta är även standaniserat och vi upprätthåller telefontillgänglighet enligt tabell.
 Vi har även analyserat vår tillgänglighet för akuta tider varje dag både för SSK och läk.
 Utifrån det har vi sett över vårt behov och anpassat våra tidböcker efter det.
 Vi har utvecklat kompetens i ssk gruppen för behovsbedömning.
 Vi ser att både ssk och läk har ökade besök både oplanerade samt planerade.

Vi ser däremot att vi inte uppnår vårdgarantin varje månad, här har vi sett över våra inställningar och kassaregistreringar samt kompetensökning i medarbetargruppen vad ett första besök är. Här kvarstår mer arbete för att uppnå vårdgarantin.

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	% av andel besök som erhållit medicinsk bedömning av leg. personal inom 3	Snitt 72% (82-56%)	Dec 2024	>85	Snitt 79,1 jan-nov (66,8-88,9)	SKR Vården i siffror	dec 2025

	<i> dagar via fysiskt, distansbesök eller telefon/ brev.</i>						
Indikator 2	<i>Koo1L: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare</i>	<i>0,42</i>	<i>Juni 2025</i>	<i>0,58</i>	<i>0,28</i>	<i>Medrave</i>	<i>dec 2025, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 3	<i>Koo1S: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, sjuksköterska, på vårdcentral</i>	<i>0,34</i>	<i>Juni 2025</i>	<i>0,35</i>	<i>0,35</i>	<i>Medrave</i>	<i>dec 2025</i>
Indikator 4	<i>Andel samtal till fylld kö i TeleQ</i>	<i>4,4</i>	<i>Dec 2024</i>	<i>0%</i>	<i>< 0,5</i>	<i>Teleq</i>	<i>dec 2025</i>
Indikator 5	<i>Andel med uppringningstid < 90 minuter</i>	<i>40%</i>	<i>Dec 2024</i>	<i>90%</i>	<i>87%</i>	<i>Teleq</i>	<i>dec 2025</i>

Övriga kommentarer:

Kontinuitetsindex för läkare har tyvärr sjunkit som beror på avslut i läkargruppen och konsultbemanning. Trots även omsättning i ssk gruppen har vi däremot lyckats bibehålla kontinuiteten och lyckats bibehålla den marginellt.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

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 bokfört inkomna synpunkter från pt och analyserat och sett trender i inkomna ärenden.

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.

Våra nya rutiner och bemanningslösningar är nu permanent etablerade.

För att säkerställa kontinuitet och medicinsk bedömning fortsätter vi att utveckla vårt rondsysteem. Med anledning av tidigare utmaningar med att upprätthålla kontinuitet bland läkare har vi vid årets början anställt nya fasta läkare. Vi kommer noggrant att följa vårt kontinuitetsindex för våra läkare, vilket är ett av Melivas medicinska mål.

Vi ser även över våra inställningar i TC-systemet, då vi konstaterar att vi lyckas erbjuda medicinsk bedömning inom tre dagar, men ännu inte har lyckats erhålla vårdgarantiersättning.

Vi kan konstatera att vår omställning mot ett mer teambaserat arbetssätt och en strukturerad tidbok ger positiva effekter på såväl tillgänglighet (både via telefon och för besök) som på arbetsmiljön.

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 forbatttringsarbeten.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.