

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: **Kontinuitet**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kvartersakuten Matteus Meliva vårdcentral Matteus	
Verksamhetschef Bodil Björnsdotter	Verksamhetschefens e-post bodil.bjornsdotter@meliva.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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, 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 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.. Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se. Radera EJ text i grå fält.	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Martin Balsvik
Profession: ST-läkare
E-post: martin.balsvik@kvam.nu
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 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 och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

A:

Martin Balsvik (ST-läkare), martin.balsvik@kvam.nu, kontaktperson

Anders Nilsson (Specialistläkare, MAL)

Anders Kjell (Sjuksköterska, Verksamhetschef)

Carl Högman (Distriktsköterska)

Jenna Evers (Medicinsk sekreterare)

B:

En delmängd av arbetet bygger på att patienterna själva bokar tid. Då ges även möjlighet att i samband med det kommunicera preferenser kring tid, vårdgivare samt där tillämpligt även möjlighet att ta besöket fysiskt/digitalt. Detta gör att årsbesöken kan i den mån möjligt göras på patientens villkor, något som är viktigt för framför allt de yngre patienterna med kroniska sjukdomar. I det ges även möjlighet att efterhöra patienternas synpunkter och erfarenhet av arbetet och möjliggör förändringar i rutinerna beskrivna nedan utefter patienternas feedback.

Om ovan inte ger feedback efter halva projektiden införs en öppen ”feedback-låda” på tillgänglig plats på mottagningen.

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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Kvartersakuten Matteus är en mindre vårdcentral vid Odenplan som sätter stort värde i hög kontinuitet, särskilt för sköra och multisjuka patienter. Under 2022 har det skett stor personalomsättning och i viss mån även personalbrist på läkarsidan.

Vi ser i medrave m4 att det skett stora förändringar inom parametrarna ”Kontinuitetsindex senaste 18 månaderna” för läkare respektive sjuksköterskor. Det syns en positiv förbättring för sjuksköterskorna som vi gärna skulle vilja bibehålla på samma nivå även nästa år. Det syns även en tydlig försämring på läkarsidan där vi gått från tydligt över genomsnittet i Stockholm till att nu ligga på genomsnittet.

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	
Mål (Vad vill ni uppnå?) Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringsstrappa/ um.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringsstrappa/ Formulera här era mål:	
Vi vill förbättra och bibehålla hög kontinuitet för patienter med kronisk sjukdom med särskilt fokus på de patienter med hög samsjuklighet då det både höjer kvaliteten på den givna vården och bedöms vara resurseffektivt	
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-forbattringsstrappa/	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: Hög personalomsättning hos läkarna	1.1: Datadriven identifiering av patienter som ej blivit uppföljda 1.2: Tydlig ansvarsfördelning kring uppföljningen kopplat till 1.1 1.3: Förtydligande av patientansvar för vikarier
2: Okänd orsak till förbättring i kontinuitet hos sjuksköterskorna	2.1: Tydligt lyfta fram och dela positiva exempel på goda rutiner och ansvarskänsla kring kontinuitet i sjuksköterskegruppen 2.2: Fortsätta följa och diskutera målvärdet under året
3: Receptförnyelser utan genomförda årskontroller	3.1: Skapa färdig mall i 1177 för receptförnyelse med årsbesök 3.2: Diskutera indikation för årsbesök/provtagning vid receptförnyelse för att skapa gemensam standard 3.3: Skapa rutin gällande 3.1 och 3.2
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/verktyslada-forbattringsstrappa/>

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/> <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 start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>K001L: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare</i>	0,4	22-12-05	0,5	PrimärvårdsKvalitet	<i>T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 2	<i>K001S: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, sjuksköterska, på vårdcentral</i>	0,5	22-12-05	0,5	PrimärvårdsKvalitet	<i>T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 3	<i>K003;4: Kontinuitetsindex för patienter med samsjuklighet (≥ 4 kroniska sjukdomar), senaste 18 månaderna, läkare</i>	0,4	22-12-05	0,7	PrimärvårdsKvalitet	<i>T.ex. dec 2022</i>
Indikator 4	<i>K005L: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, läkare</i>	0,4	22-12-05	Ej större	PrimärvårdsKvalitet	<i>T.ex. dec 2022</i>

				ökning Kool eller Kool 3		
Indikator 5	<i>Kool5S: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, sjuksköterska</i>	0,5	22-12-05	Ej större ökning Kool 1S	PrimärvårdsK valitet	<i>T.ex. dec 2022</i>

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

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-forbattringsstrappa/>

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?

1. Skapa mall för receptförnyelse. Därefter diskutera gemensamma riktlinjer för dess användning på läkarmöte. Därefter använda det i praktiken och utvärdera hur det fungerat kvartalsvis på läkarmötena.

2. Lägga till kontinuitetsarbete som stående på sjuksköterskornas möte.

3. Riktade uppsökande insatser till de kroniskt sjuka som inte varit på läkarbesök senaste 18 månaderna. Med hjälp av funktionen "kontrollista" i Medrave skapas listor som fördelas till respektive ansvariga läkare för att kalla dessa patienter till årskontroll.

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

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in senast 28 februari 2023 till: forbattringsarbeten.apc.sloso@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. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Initialt i projektet så identifierade vi patienterna i medrave som inte hade blivit uppföljda och identifierade vilken husläkare dessa var listade på och delade ut en lista till samtliga husläkare med patienter som behövde uppföljning. Samtliga husläkare tog fasta på detta och bokade in patienterna och skickade en kallelse. Ett problem som uppdagades i samband med detta var att ett flertal av patienterna inte längre var listade på vårdcentralen.

Vi valde därefter att fokusera på standardmeddelande på 1177. Först skrevs ett utkast som togs till ett läkarmöte för att där få feedback för att därefter introduceras till 1177. Efter 2 veckor så följde vi upp kring användandet av det och påminde om vikten av att alla gör samma. Efter ca 1 månad följdes det upp ytterligare en gång på ett läkarmöte där det fanns en bred samsyn kring att det hade haft en positiv effekt och var välanvänt.

Därefter togs diskussion upp med sköterskegruppen kring möjligheten för att boka direkt till återbesök från telefon hos sjuksköterska med tillhörande provtagning. Detta blev en delkomponent i en större omläggning av schemat som togs i kraft under hösten 2023. Största delen av det arbetet lades på förarbetet kring att definiera vilka patienter som är lämpliga, vilka prover som ska tas samt vilka patienter som kunde gå till sjuksköterska först och eskaleras till läkarbesök vid behov.

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:**

[Detaljer](#)
[Benchmark](#)

☆ DiO3L1: Blodtryck vid diabetes BT <=140/85 mm/Hg

[Specifikation](#)
 [Hämta resultat till Excel](#)

59,1 %

577 / 977

Boo VC

64,2 %

60886 / 94881

Stockholm

	2021-03-31	2021-09-30	2022-03-31
Resultat	51 %	47 %	55 %

Fördjupningsdiagram

	Indikatorerna T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Start-läge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum / period för resultat-värdet
Indikator 1	<i>Koo1L: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare</i>	0,43	22-12-31	0,5	0,35	PrimärvårdsKvalitet	23-12-31
Indikator 2	<i>Koo1S: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, sjuksköterska, på vårdcentral</i>	0,49	22-12-31	0,5	0,46	PrimärvårdsKvalitet	23-12-31
Indikator 3	<i>Koo3;4: Kontinuitetsindex för patienter med samsjuklighet (≥ 4 kroniska sjukdomar), senaste 18 månaderna, läkare</i>	0,45	22-12-31	0,7	0,36	PrimärvårdsKvalitet	23-12-31
Indikator 4	<i>Koo5L: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, läkare</i>	0,38	22-12-31	Ej större ökning än Koo1L eller Koo3	0,31	PrimärvårdsKvalitet	23-12-31
Indikator 5	<i>Koo5S: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, sjuksköterska, på vårdcentral</i>	0,50	22-12-31	Ej större ökning än Koo1S eller Koo3	0,48	PrimärvårdsKvalitet	23-12-31

or 5	Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, sjuksköterska			större ökning än K001 S		itet	31
Övriga kommentarer: Under året har det varit ytterligare personalomsättning vilket har försvårat arbetet. Detta år har omsättningen även innefattat sjuksköterskorna.							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
Det är svårt att bibehålla förändringar när det är stor omsättning på personal Det var väl investerat tid i att göra om mallen på 1177							
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?							
Andra halvan av förbättringsarbetet, att möjliggöra direktbokning till läkare via sjuksköterska per telefon, drevs i stor mån av patienternas feedback per telefon.							
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.							
Målbilden just nu är att utvärdera schemaförändringen nu under våren 2024 när schemat är satt och vi har fått rutin på det. Därefter fokusera på att bibehålla personal och kontinuerligt utvärdera om de standardmallar vi använder oss av i 1177. Fortsatt intern diskussion kring behovet av väntelistor kring kroniska diagnoser och att kalla automatiskt från denna och hur denna ska administreras, arbetsfördelas och underhållas.							
Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2 t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se							