

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Capio vårdcentral Nynäshamn | |
| Verksamhetschef | Aktnummer (ifylles av HSF) |
| Bodil Björnsdotter bodil.bjornsdotter@capio.se | |

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

del 1 och del 2

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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbatteringsarbeten.hsf@sll.se senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

DEL 1 – Planen

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.
Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

Roberto Cabrera, Allmänspecialist
Nicholine Hultman, Sjuksköterska
Fanny Ljung, Sjuksköterska
Eva Westerberg, Allmänspecialist Medicinsk ansvarig läkare. (Ersatt Lotta Fernros)

Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?**
Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck

Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke

Vi är bra på att identifiera patienter som söker vård där sök-orsak genom teambedömning/besök kan öka patientsäkerheten och underlätta tillgänglighet och återkoppling till patienten. Dessa patienter är det ofta svårt att erbjuda en relevant bokningsbar tid för. Nybesöks patienterna får ofta komma på flera återbesök som kan effektiviseras. Det kan även främja kontinuiteten mellan patient och vårdpersonal.

Vi ser att genom att implementera sambedömning i team för dessa patienter med kan vi effektivisera och säkerställa patientens kontakt och uppföljning med vår vårdcentral

Vi upplever att vi har långa väntetider för nybesök som inte är av akutkaraktär. (Siffror kommer senare i år)

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Capio vårdcentral Nynäshamn | |
| Verksamhetschef | Aktnummer (ifylles av HSF) |
| Bodil Björnsdotter bodil.bjornsdotter@capio.se | |

Vi ser i vår telefontillgänglighet att vi har högt antal inkommande samtal, vilket till stor del kan bero på att patienter får ringa flera gånger för att eftersöka en eventuellt avbokad tid tidigare än den bokade.

Vi ser även i vårt systematiska avvikelssystem att vi har fler avvikelser gällande väntetid för icke akuta besök.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa**, annat.....

Vi väljer att arbeta med patientsäkerhet och tillgänglighet.
(Förtroende, delaktighet och tillgänglighet)

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt

T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer

Vi vill förbättra vårt bemötande av våra patienter vid första kontakten.

Vi vill säkerställa vård enligt LEON.

Vi vill att patienterna ska uppleva ett medicinskt säkert och tidseffektivt omhändertagande inklusive uppföljning

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

a. Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.

b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [ORC:s verktygslåda](#).

a. Vi vill införa sambedömning i syfte att möjliggöra för att:

- patientärenden inom 1 dygn tas upp i en teambedömning med allmänspecialist, sjuksköterska/distriktssköterska, psykolog/psykoterapeut och vid behov personal med annan yrkeskompetens.
- patienten ska bokas till rätt yrkeskategori från första besöket med rätt avsatt tid.
- patienten samma eller nästkommande ska dag få en återkoppling på vilka prover och undersökningar som behöver genomföras innan besöket utifrån beskrivna besvär och förväntningar.
- patienten ska uppleva kvalitet och förtroende för en välplanerad vård. Ett välplanerat och förberett besök till rätt yrkeskategori där förutsättningar och förväntningar på besöket är förtydligade möjliggör till ökat förtroende.
- patienten tidigt i vårdkedjan ska få information om hur uppföljning/återkoppling kommer att ske och inom vilken tidsperiod och av vem. Planerad återkoppling dokumenteras i patientens journal och hur den är förmedlad till patienten.

b.

- Att tillgängligheten för medicinsk bedömning tillfredsställs.
- Att det finns möjlighet för patienten att själva beskriva vad de söker vård för och vilka förväntningar de har på besöket.
- Att de känner förtroende för vår vårdcentral.
- Att de känner sig välinformerade om hur och när återkoppling sker.

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Capio vårdcentral Nynäshamn | |
| Verksamhetschef | Aktnummer (ifylles av HSF) |
| Bodil Björnsdotter bodil.bjornsdotter@capio.se | |

c.

Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

| | Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka | Nuläge = Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Datum för att uppnå målvärdet |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Indikator 1 | Tillgänglighet/Vårdgaranti Andel patienter med bedömning inom 3 dagar | | 190501 | 90% | 20191231 |
| Indikator 2 | Andel läkarbesök med kontinuitet i MedRave | 53% | 190630 | 50% | 20191231 |
| Indikator 3 | Förtroende Andel patienter som rekommenderar vårdcentralen i NPE | % (2018) | 190101 | 90% | 20191231 |
| Indikator 4 | Delaktighet Andel patienter som upplever hög grad av delaktighet och involvering i NPE | 71,2% (2018) | 190101 | 80% | 20191231 |
| Indikator 5 | Tillgänglighet Andel patienter som upplever hög grad av tillgänglighet i NPE | 78% (2018) | 190101 | 82% | 20191231 |

Kommentar (valfritt):

Återkommer med information om nuläge för väntetidsmätning när den är tillgänglig på SKL.

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: forbattringsarbeten.hsf@sll.se

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Capio vårdcentral Nynäshamn | |
| Verksamhetschef | Aktnummer (ifylles av HSF) |
| Bodil Björnsdotter bodil.bjornsdotter@capio.se | |

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

April 2019

Vi började med att skapa tid i tidböckerna för sjuksköterskor och läkare där de kunde diskutera och samtala i team kring frågor från patienter som inkommit i telefonin närliggande dagar. Tiden var direkt efter lunch och sjuksköterskorna tog med sig ärendena till respektive läkare för dialog. Sjuksköterskorna återkopplade sedan till patienterna och journalförde planeringen. Ganska tidigt märkte vi att det var väldigt individberoende på hur Leon bedömningen gjordes, beroende på vilken läkare som sambedömde.

Juni 2019

Vi backade och utarbetade skriftliga riktlinjer och enklare lathundar för vilka patienter som var lämpliga och punkter att ta en gemensam ställning till. Vi började även att registrera. Sambedömningen upplevdes som ett bra alternativ för att föra dialog runt patientärenden utan att skriva lappar etc. av samtliga yrkeskategorier. Vi beslutade att arbeta vidare med sambedömning.

Augusti 2019

När vi utvärderade hur följsamheten var kring riktlinjen visade det sig att den var låg.

September 2019

För att nå samstämmighet och utkristallisera tydligare vilka patienter och ärenden som var medicinskt säkra att handlägga smalnade vi av aktörsfältet och två sjuksköterskor och två läkare sambedömde alla ärenden under 1 månad. Sjuksköterskorna och läkarna nåde en övergripande samsyn för sambedömning som fungerade för samtliga yrkesgrupper och bibehöll den medicinska säkerheten.

Oktober 2019

De utsedda sjuksköterskorna omarbetade och anpassade rutinen ytterligare tillsammans med de utsedda läkarna.

Efter detta började sjuksköterskorna ”skola” in övriga sjuksköterskor i syfte att kvalitetssäkra bedömningarna men fortfarande mot de två utsedda läkarna.

November 2019

När sjuksköterskegruppen var samstämmiga började de succesivt sambedöma med ytterligare en läkare osv. Varefter läkarna ”skolades” in kunde även kontinuiteten följas i högre grad redan från den första bedömningen till slutlig återkoppling.

Januari 2020

Samtliga sjuksköterskor och läkare sambedömer flera gånger i veckan. Arbetssättet har etablerat sig och har även visat på ökad teamkänsla och samarbete inom enheten.

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Capio vårdcentral Nynäshamn | |
| Verksamhetschef | Aktnummer (ifylles av HSF) |
| Bodil Björnsdotter bodil.bjornsdotter@capio.se | |

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

| | Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol | Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Resultat (% eller antal) | Datum/period för resultatvärdet |
|--------------------|--|---------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Indikator 1 | Andel patienter som får medicinskbedömning inom 3 dagar enligt SKL väntetider | 95% | 190401 | 100% | 99% | Januari 2020 |
| Indikator 2 | Andel patienter som upplever delaktighet och involvering i NPE | 71,6% (2018) | 190401 | 80% | 74,8% | November 2019 |
| Indikator 3 | Andel patienter som upplever kontinuitet och koordinering i NPE | 60% (2018) | 190401 | 63% | 65,2% | November 2019 |
| Indikator 4 | Grad av kontinuitet för patienter med tre läkebesök eller mer utifrån Medrave4 | 36,3% (2018) | 190401 | 40% | 42,8% | 191231 |
| Indikator 5 | Andel patienter som skulle rekommendera vårdcentralen i NPE | 66,7% (2018) | 190401 | 70% | 70,8% | November 2019 |

Övriga kommentarer:

NPE = Nationella patientenkäten
SKL, Sveriges kommuner och landsting, www.vantetider.se

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
- Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
- Vilka datakällor har varit användbara för er?

1.
Vi har lärt oss att det är svårt att mäta och följa upp förbättringsarbeten som bygger på patienternas upplevelse av en förändring de inte faktiskt ser och är medvetna om.
Vi har vidare sett och fått bekräftat att det är olika utifrån patienterna hur de upplever att få återkoppling digitalt eller via telefonsamtal samt att det finns en förväntan på ett fysiskt besök som behöver en pedagogisk förklaring.

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Capio vårdcentral Nynäshamn | |
| Verksamhetschef | Aktnummer (ifylles av HSF) |
| Bodil Björnsdotter bodil.bjornsdotter@capio.se | |

Vi har upplevt och sett i våra tidböcker att det är kortare väntetider för ett fysiskt besök som inte behöver tid i närtid, dvs ett inte akut besök. Vi ser här att detta är något vi borde mätt, följt upp och utvärderat för att kunna värdera förbättringen.

Vidare har vi enligt målet att arbeta enligt Leon uppmätt en ökning av sjuksköterskebesöken, vilka kan hantera patienter med kroniska diagnoser med hög kontinuitet och uppföljningsgrad. Vi har även en högre grad av patienter som får sin bedömning av psykosociala enheten när det gäller psykisk ohälsa. Vi ser att ledtiden förkortats från kontakt till bedömning och åtgärd, vilket även det borde mätts för att kunna utvärdera på bästa sätt.

2.

Vi har kontinuerligt förändrat och förtydligat informationen till patienterna om hur återkoppling kommer att ske utifrån den feedback vi fått in vid samtal, via omdömen och skriftliga synpunkter. Vi har även förbättrat och prioriterat hur patienterna ska handläggas enligt kontinuitets-principen, oavsett besökstyp, distans, fysiskt etc.

Vi har i arbetet med sjuksköterskebesök följt upp och fått återkoppling både från patienter samt märkt att patienterna i högre grad har direktkontakt med sjuksköterskorna gällande återkoppling och vid följdfrågor.

3.

Vi kommer fortsätta arbetet med att förbättra patienternas upplevelse av vårt bemötande främst genom att ta emot patientens ärende, sambedöma och förmedla återkoppling och fortsatt planering inom vårdgarantin. Vi kommer arbeta vidare med kontinuitet då vi sett att detta både effektiviserar och underlättar i vårt arbete men främst för att det skapar trygghet, biefekt men inte att underskatta som viktig del, för patienterna i sin kontakt med vårdcentralen.

4.

Vi har använt oss av Medrave 4, Nationella patientenkäten och SKLs väntetids mätning.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.hsf@sl.se