

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Telefonplans VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

## 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 [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.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 [QRC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@sll.se](mailto: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.**

Anders Hallek, dl, verksamhetschef  
Åsa Moberg, dl  
Petra Andréé, ST-läkare  
Therese Nyhlén, psykolog  
Maria Udin-Räf, rehabkoordinator  
Ulrika Widnersson, medicinsk sekreterare  
Samt  
En ännu icke namngiven sjuksköterska från mottagningen

Kontakt: [anders.hallek@ptj.se](mailto:anders.hallek@ptj.se)

#### 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**

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Telefonplans VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har tyvärr f.n. en havererad MedRave-server så de data jag tänkte söka fram som utgångsvärden får vi återkomma med senare.

Vi har på Telefonplans VC en patientlista som har övervikt av yngre/medelålders patienter i arbetsför ålder. En stor andel av kontaktorsakerna är av psykosocial karaktär, ångest, stress, sömnsvårigheter, utmattning relaterad till händelser i arbetsliv och familjeliv. Ofta ingår önskemål/behov av psykoanalytisk kontakt, sjukskrivning, kontakter med arbetsgivare och försäkringskassa etc. Vi har fram till nu erbjudit tider till KBT-terapeut på konsultbasis, sedan ett par år haft samarbete i ökande grad med rehabiliteringskoordinator men inte i tillräcklig utsträckning kunnat få ett fungerande samarbete mellan alla inblandade.

Det har också upplevts som att dessa ärenden är stressande, tidskrävande för både rådgivningssköterska, läkare och patient då det kan bli väntetider, osäkerhet kring planering och när en psykoanalytisk kontakt kan erbjudas och huruvida ev företagshälsovård finns tillgänglig.

### 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.....

Psykisk ohälsa

### 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 omhändertagandet av patienter som vänder sig till vårdcentralen med stressrelaterad psykisk ohälsa inkluderande diagnoser som t.ex. anpassningsstörning och utmattningssyndrom. Vi tror att det är viktigt att så snart som möjligt skapa sig en uppfattning om lämplig behandling/rehabiliteringsåtgärd för patienten. Detta för att undvika onödiga väntetider i ett multidisciplinärt flöde och även undvika långvariga sjukskrivningar innan behandling kan påbörjas.

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

- 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.
- 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) Utifrån en given volym kontakter i dessa ärenden vill vi då studera hur vi gjort fram till nu och se utfallet av en ny mottagningsstruktur med ökad tillgänglighet till fast anställda psykologer enligt modell för ”integrerad beteendehälsa – IBH”, förhoppningsvis snabbare avstämning med ReKo. I detta koncept även inkludera fortbildning för personal (och att lära av varandra). Utforma en lokal rutin och anpassa schema så att teamsamarbete främjas – personal på mottagningen skall känna trygghet och klarhet i hur vi arbetar med dessa ärenden.

b) Patienterna behöver hjälp med vad som kan göras och av vem i den aktuella situationen, en bedömning av det aktuella medicinska/psykiska tillståndet, information om regelverket kring

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Telefonplans VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

bedömning av arbetsförmåga/rehabansvar etc och en strukturerad plan för detta. Patienten själv kan involveras genom t.ex. webbskattningar inför besök, frågeformulär kring arbetsförmåga/arbetshinder

a.

**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 snabbspirometrier 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...**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>					<b>20191231</b>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Telefonplans VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 5					20191231
<p><b>Kommentar (valfritt):</b> Vi får titta på dessa när vi kommer åt MedRave.  T.ex: 1) Väntetid från första kontakt med VC (telefon/Mina Vårdkontakter)till första besök hos läkare/psykolog/ReKo.  2)I sjukskrivningsärenden t.ex: Antal dagar från första sjukskrivning till kontakt med ReKo/arbetsgivarkontakt. Sammantagen längd och omfattning (mer deltidssjukskrivningar?) av sjukskrivningar under diagnos Anpassningsstörning och Utmattningssyndrom som hanteras via VC.  3)Blir arbetsmiljön bättre på VC? Frigörs tider från läkare/sjuksköterska genom att fler besök istället snabbare kan bedömas av psykolog? Hur upplever rådgivningssköterska situationen med dessa patientkontakter före och efter ny mottagningsrutin? Lite osäker på hur vi ska mäta detta.</p> <p>Räknar med att vi får fundera vidare på mätvariabler. Våra psykologer börjar 1/6 resp 15/8, det nya arbets sättet implementeras snarast efter 1/6 när psykolog Therese börjat och vi hunnit ha planeringsmöten m ReKo och personalgruppen i stort. Innan detta hinner vi gå igenom ”förhistorien” med tidigare remissförfaranden , sjukskrivningsstatistik, väntetider, fördelning av diagnoser etc</p>					
<p><b>Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.</b>  Använd gärna <a href="#">förbättringshjulet PDSA</a> (=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 arbets sättet. <b>Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.</b></p>					
<p><b>Döp denna fil till:</b> 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: <a href="mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se">forbattningsarbeten.hsf@sll.se</a></p>					

**Information om husläkarmottagning**Mottagningens namn  
Telefonplans VC

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

**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.

Tiden som gått från juni 2019 fram till dagens datum har gått till att skapa en rutin för samarbetet på mottagningen mellan läkare, sköterskor, våra nu två psykologer (vår andra psykolog började inte förrän 5/2-20) och vår rehabkoordinator. Vi har ändrat bokningsrutiner så att ärenden där psykisk ohälsa med eller utan risk för sjukskrivning, kan bokas till antingen läkare eller psykolog (tidigare först till läkare med remiss till psykolog och väntetider för detta).

Förbättringsarbetet har (utifrån det vi velat titta på enligt del 1) då fått läggas upp som en genomgång av data kring vårt arbete med patienter med psykisk ohälsa under två tidsperioder, dels före förändrade rutiner (Period 1 = juni 2018-maj 2019) samt efter påbörjat införande (Period 2 = juni 2019-maj 2020). Vi har inte haft någon bra metod att mäta/registrera väntetider över tid men under Period 1 kunde väntetiderna vara uppemot 3-4 veckor för ett besök till psykolog/psykoterapeut hos oss eller till vår konsultresurs Samtalshuset. Idag hittar vi tid inom 1-2 veckor till läkare och/eller psykolog samt har möjlighet till snabb avstämning med rehabkoordinator där vi har avtal för en 30% tjänst.

Det är också svårt att i varje enskilt individuellt ärende arbeta efter en generell målsättning när det gäller sjukskrivning, psykoterapeutisk insats, medicinering etc eftersom behoven varierar liksom möjligheterna att återkomma till ordinarie arbete. Tidsbrist och brist på rutiner för intern samverkan i sjukskrivningsärenden har dock tidigare upplevts göra arbetet med dessa ärenden tungrovt. Patienter i kris och på gränsen till utmattning har fått sjukskrivas i väntan på insatser eller bedömning av psykolog och ev rehabkoordinator istället för att ta ett gemensamt grepp från början. Vi har då valt att titta på sjukskrivningsdata för hela gruppen patienter som fått diagnoser i ångest-/depressions- och utmattningssyndromklustren under de två perioderna och se om det finns tendenser/skillnader i utfall som skulle kunna hänföras till ett annat arbetssätt. Vi har definierat patientgruppen i MedRave-sökningen som enligt MedRaves ”KBT”-filter dvs diagnoser under ICD-koder F32, F33, F40-43 (depressionsdiagnoser, ångestdiagnoser, anpassningsstörning och utmattningssyndrom)

Förutom ändrade bokningsrutiner under Period 2 är nu även psykologerna och rehabkoordinatören med regelbundet på personalmöten och 1 gång/månad på läkarmötena för avstämning av rutiner, nya försäkringsmedicinska fakta etc. Vi har också avsatt konsulttid med psykologerna mot slutet av dagen tre dagar/vecka för att minska fördröjningar/väntetider.

För ytterligare diskussion/siffror hänvisas till ett inskickat word-dokument kring arbetet – vi bryter ned en sammanfattning av detta i denna mall.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Telefonplans VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

### 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
<b>Indikator 1</b>	Sjukskrivningslängd totalt för patienter med "KBT-diagnoser" enligt MedRave skall minska	2293 sjukskrivningsdagar/månad i snitt  (726 läkarbesök/månad i snitt Period 1)	Period 1	Minska	1919 sjukskrivningsdagar/månad i snitt  (823 läkarbesök/månad i snitt Period 2)	Period 2
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter, dvs individer med "KBT-diagnoser" enl MedRave som fått stöd av psykolog + ReKo på VC skall öka	366 st (ca 30 per månad) haft kontakt med psykosocial resurs  37 individer haft besök hos ReKo Period 1	Period 1	Öka	567 st (ca 47 per månad) haft kontakt med psykosocial resurs  46 individer haft besök hos ReKo Period 2	Period 2
<b>Indikator 3</b>						
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

### Övriga kommentarer:

Vi hade även velat visa kortare ledtider från första patientkontakt till en upprättad behandlings/rehabplan i sjukskrivningsärenden. Detta eftersom det borde innebära en kortare sjukskrivningstid i slutändan och det är allmänt ansett att kortare sjukskrivningar ökar möjligheterna till att återkomma till arbetsplatsen eller åtminstone arbetsmarknaden i stort. Då vi inte från början noterat väntetider från första kontakt till läkare/psykolog/ReKo avstod vi dock från att söka dessa data i efterhand då detta skulle ha inneburit tidskrävande sökningar i journaler och bokningssystemet.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Telefonplans VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

Genomgången av data från dessa två perioder får i första hand tjäna som diskussionsunderlag för vårt interna arbetssätt. Om det framöver blir möjligt att jämföra vårt patientunderlag med andra primärvårdsenheter får vi välja mer lämpliga indikatorer för att kunna göra en prospektiv mätning och förbättringsinsats. Vi visste helt enkelt inte innan vi började titta på detta hur vi låg till i kvalitetsperspektivet. Kanske kommer mer generella, kanske nationella, rekommendationer/mål kring "best practice" gällande primärvårdens roll vid behandling och sjukskrivningar pga "KBT-diagnoser".

### C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

1. Vad har ni lärt er?
2. 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?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1.

Det var svårt att hitta indikatorer som kunde mätas kontinuerligt över tid då dels bemanningen på mottagningen förändrats och patientgruppen med dessa diagnoser är så "bred". Det skulle också kanske kunnat bli en bias i bedömningen/handläggningen av ärendena om det varit ett mål i sig att inte blanda in externa aktörer (FHV, MMR2-enheter, extern psykoterapeutisk resurs t.ex). Vi ville utan att styra handläggningen av varje individuellt ärende se om bättre rutiner och resurser på mottagningen kunde ge några mätbara konsekvenser för patientgruppen i stort.

2.

Vi har genom att försöka låta patienten träffa både läkare, psykolog och ReKo i större utsträckning fått en bättre helhetsbild av patientens situation. Detta har givetvis varit på frivillig basis men efterfrågan har visat sig vara stor av både KBT-kontakt samt stöd av ReKo och vi har försökt möta behoven.

3.

Vi fortsätter arbeta teambaserat, nu med två psykologer + ReKo på plats finns det även bättre möjligheter att få till en arbetsgrupp för att studera arbetet med vårt psykosociala uppdrag närmare, kanske gå igenom diagnostik, användande av skattningsskalor + uppföljningar kopplat till sjukskrivningsstatistik med en mer individuell ansats. Vi tar tacksamt emot tips från "coachen" här!

4.

Vi har använt statistik kring listning från ListOn, kring väntetider (översiktligt) från TakeCare - tidboken där vår med sekreterare månatligen gjort noteringar kring väntetid till KBT-resurs och till läkare. Det är dock ffa sökningar i MedRave vi fått luta oss emot för att se på sjukskrivningstal, utnyttjande av psykoterapeutisk resurs etc över tid för att kunna jämföra de två tidsperioderna

### 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@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)