

**Datum:** 2023-11-29

**Ansvarig:** Charlotte Arvidsson, verksamhetschef

## Förbättrad kontinuitet

**Verksamhet/process:** Bra Liv Bankeryd Vårdcentral

**A) Förbättringsområde:** Förbättrad kontinuitet mellan patient och läkare, mätt med kontinuitetsindex i Medrave/Primärvårdskvalitet med deras definitioner

**B) Bakgrund –** *Varför är detta förbättringsområdet valt? Varför just nu?*

God kontinuitet mellan patient och vårdpersonal möjliggör goda relationer över tid i överensstämmelse med allmänmedicinens kärnvärden. Det är ett ofta framfört önskemål från de invånare som valt att lista sig hos oss att träffa samma personal som tidigare. Studier visar att personlig kontinuitet mellan patient och vårdpersonal i primärvård har positiva effekter på nöjdhet hos båda grupperna, medicinska resultat och resursanvändning (1) och vårdcentralens medarbetare identifierar i samtal liknande möjliga effekter (3). I överenskommelsen om God och Nära vård 2022 har SKR och regeringen kommit överens om att kontinuiteten i primärvården samt registrering av fast läkarkontakt och vårdkontakt ska öka (2). Region Jönköpings län och Bra Liv har detta som ett viktigt fokusområde för 2023 och det bidrar till att vi valt detta förbättringsarbete just nu.

**C) Övergripande mål –** *Vad ska uppnås? Mått ska anges och målet ska vara tidssatt. Behöver det kompletteras med delmål?*

**För ökad trygghet hos patienterna och optimerad resursanvändning ska kontinuiteten öka vid kontakter mellan patient och läkare. Kontinuitetsindex för alla läkarkontakter (Ko05L, mått från Primärvårdskvalitet PVQ) ska stiga från 0,33 till 0,50 och för mångbesökare (Ko11, PVQ) från 0,39 till 0,60 (4). Målet ska vara uppnått senast 2023-10-31 och följs via PVQ samt redovisas en gång i månaden.**

Dokumenterad fast läkarkontakt (PAL), andel totalt och för mångbesökare, ska följas.

Vi kommer att börja med den subgrupp av patienter som enligt PVQ definieras som mångbesökare. För att följa effekterna av vårt arbete löpande kommer vi att manuellt behöva ta fram mått och genomföra mätningar utifrån dessa/urval av dessa individer, t ex alla diagnossatta kontakter respektive besök de senaste sex månaderna vs sedan projektstart.

Vi kommer att mäta upplevelse av kontinuitet genom att fråga individer i den subgruppen, och läkargruppen om kontinuitet i stort i vilken mån man upplever att det förekommer och har positiva vinster. Vi kommer att via enkät följa upplevelsen av ifall från medarbetarhåll sett andra uppskattade arbetssätt försvåras av att arbetet med kontinuitet prioriteras.

Balanserande kommer vi att följa tillgängligheten till läkarbesök inom 3 dagar, och via enkät till bokande sjuksköterskor följa hur de uppfattar att det påverkas av att kontinuiteten prioriteras inkl reaktioner från patienterna.

Dessa egna mått kommer att tas fram och målsättas av medarbetare och ledning tillsammans.

**D) Nuläge** – Nuvarande situation för detta område beskrivs. Vilka är våra resultat och hur gör vi idag?

Ko11: Har senaste året legat stabilt runt 0,4 (2023-01-31 0,39). Vi har 164 personer som tillhör gruppen, men idag ingen signal som tydligt identifierar vid bokning att man hör till denna grupp. Om kontakten bokas från bevakningslista väljs i första hand den vars lista det är, vid randning för ST-läkare om möjligt till dennas handledare. Vid planerade besök tittar den som bokar om det finns en fast läkarkontakt registrerad, eller efter vem som senast träffat patienten. Vid akuta besvär bokning till öppen läkarmottagning eller nästa möjliga tid till vilken läkare som helst om inte det finns till PAL.

Ko05L: Senaste 18 månader lätt i sjunkande (0,35 till 0,33 2023-01-31), vilket kommer att påverka resultatet framåt även om förbättring börjar ske. Samma sätt att boka som enligt ovan.

**E) Analys av nuläget** – **a.** Vilka är orsakerna till att resultaten ser ut som de gör? **b.** Samla alla idéer som ni tror påverkar att ni når målet

**a)** Personal ej på plats hela tiden, t ex randningar och utbildningar, sjukdom och VAB och personalomsättning. Ej registrerat eller känt vem som är fast vård- och läkarkontakt, tar tid om man ska leta. Vårdgarantin med besök inom tre dagar prioriteras vid akuta besök. För få bokningsbara tider till läkare i allmänhet och ännu svårare till flera PAL, vissa läkare är PAL för fler än andra. Vår närakut-process tar ej hänsyn till vem som är PAL/PAS. Recept sätts till andra om inte PAL är på plats inom kort. Vikarier. (3)

**b)** Skriv alltid in PAL

PALa vid kallelser

Välja PAL vid bokningsunderlag. (Särskilt när läkare är tillfälligt frånvarande)

Dela upp patienterna direkt när någon PAL slutar

Komma ihåg att själv sätta upp sitt namn som PAL vid upprepade kontakter

Prova subakuta tider i schemat

Bara ha akut-patienter på ÖM

Mångsökare – kontaktpersoner

Skriv in i bokningsinfo till ÖM vem som är PAL, läkare kan gå igenom dagens bokningar när ÖM

startar och lägga upp en strategi

Läkarna mer aktiva vid ÖM med att välja "sina"

Skriv PAL istället för "helst"

Skulle kanske kunna ha en andra "PAL" t ex vid längre ledighet, randning och föräldraledighet

Plocka ut mångsökare – sätt att identifiera att man tillhör gruppen i bokningsprocessen

Uppdaterade "grupper"

Receptförskrivning: Kan patienten vänta tills PAL är åter, även om det dröjer lite? Prio för alla recept och inte enbart för beroendeframkallande.

**F) Prioriterade förändringar som ska testas**

Vilka förändringar är prioriterade och ska testas baserad på vår analys av nuläget? Förändringarna kan testas enligt tänket i PGSA-modellen.

**a)**

Dokumentera PAL – Förutsättning för flöde i bokningsprocessen.

PAL: Vem är det? Vem bestämmer, när? – Skapa rutin runt det!

Vid bokningsunderlag, kallelser, skriva in själv/diktera

Ta bort när någon slutar permanent (dela upp på övriga så småningom)

b)

Vid Öppen Läkarmottagning (Närakut på Vårdcentralen): Om PAL finns skrivs det i bokningsunderlaget. Läkare träffas kort vid starten och lägger upp strategi utifrån vad som kan vara möjligt för att bidra till kontinuitet.

c)

Recept: Till PAL även om det dröjer lite längre

d)

Kartläggning av situationen med dem som har många kontakter enligt PvQ. Om det är patienten som själv söker ofta: Testa upplägg med kontaktsköterska (á la vårdsamordnar-modell). Hitta snyggt men tydligt sätt att identifiera dessa individer.

e)

(Subakuta tider till varje läkare som inte ska förbokas utan är till för att främja kontinuitet. Kräver ändring av schemamallar/struktur och därför inte det vi gör först.)

#### **H. Analys och resultat av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet**

*Gör en analys gällande vilken omfattning och hur de testade förändringarna har påverkat resultaten.*

*Mätningar - redovisa resultat för de testade förändringarna, jämför dessa resultat med er baslinjemätning och övergripande mål samt eventuella delmål. Sammanställ resultaten från flera mätpunkter i en tabell eller ett diagram.*

*Finns det andra effekter?*

En märkbart lägre personalbemanning än tidigare i samtliga yrkesgrupper samt tydlig kravställning i samband med inspektion från arbetsmiljöverket på prioritering har gjort att detta arbete inte fått så mycket uppmärksamhet som varit önskvärt eller enligt den ambition som fanns när projektplanen togs fram. Planerade idéer att testa A-C enligt ovan har genomförts och är idag de arbetssätt vi använder. Vi har också infört arbetssättet Partid, där en läkare och sjuksköterska återkommande tillsammans arbetar med läkarens bevakningslista och när besök inte kan bokas av prioriteringsskäl planerar om och tar lämpliga kontakter med patienten.

Tyvär har inte målen uppnåtts utan mätetalen enligt PVQ ligger väsentligen stilla. Ett lärande med detta arbete, både för oss och Regionen samt Medrave/PVQ, är att data för kontinuitet utgår utifrån upprättade bokningsunderlag och inte från den vårdpersonal som i verkligheten träffade patienten. För vår vårdcentral har det tydligt betydelse, eftersom våra akuttider till majoriteten bokas till tidboken Öppen mottagning Läkare. Under sommar och höst har samtal förts om detta och verksamhetschefen deltagit i valideringsarbete med Medrave inför en förändring, som när data till detta arbete hämtades inte slagit igenom men enligt uppgift gjort att vi ligger ca 4-5 hundradelar högre gällande läkarkontinuiteten, dock ingen väsentlig skillnad över tidsperioden (personlig kommunikation, Olof Larsson, Medrave, 231004).

En svårighet med att koppla effekter av förändringsarbete till mätning av kontinuitet, på det sätt som görs via Medrave/PVQ, är att sammansättningen av läkargruppen ändrats markant under mättiden. Från patienthåll är det naturligtvis sant att man träffat olika personer, men från VCs sida kan vi inte erbjuda ny kontakt med någon som inte längre är i tjänst hos oss. Under de 18 månader som är med i PVQ-siffrorna har vi haft fyra studenter och fyra AT-läkare. Av de läkare som under perioden varit anställda av oss är vid periodens slut enbart 9 av 16 i tjänst.

Ökad trygghet hos patienterna och optimerad resursanvändning där målet var att kontinuiteten skulle öka vid kontakter mellan patient och läkare och kontinuitetsindex för alla läkarkontakter skulle

stiga från 0,33 till 0,50 har inte uppnåtts. (Ko05L, mått från Primärvårdskvalitet PVQ). 230430 var kontinuitetsindex 0,33 och 231031 var det 0,32 (Bild 1).

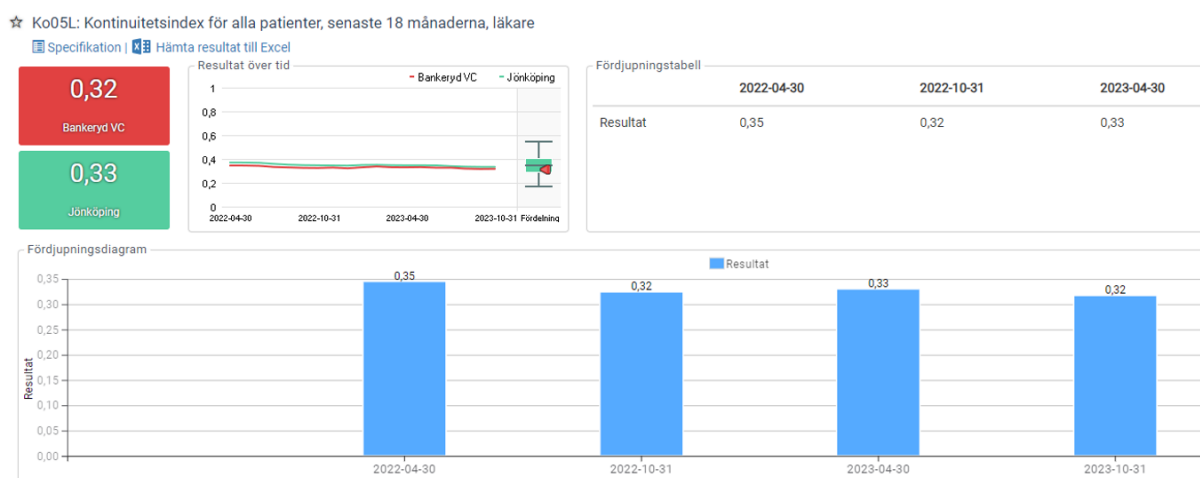


Bild 1.

Ökad kontinuitet vid kontakter mellan patient och läkare för mångbesökare (Ko11, PVQ), här var målsättningen att öka från 0,39 till 0,60 (4). Inte heller detta mål har uppnåtts utan förändringen är 0,42 till 0,43 under perioden 230430-231031 (Bild 2).

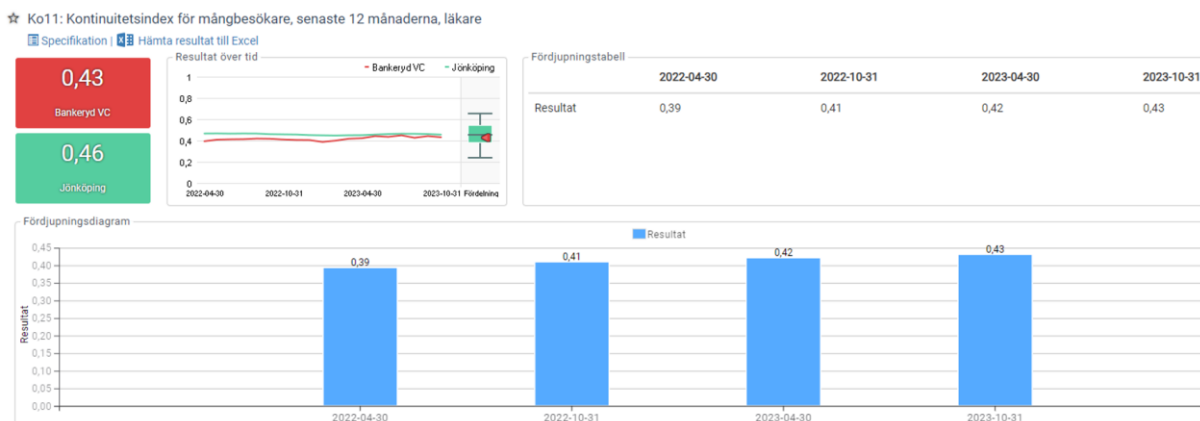


Bild 2.

En analys på ålder ger sämst kontinuitet för de äldsta (Bild 3). Dessa resultat ska vi ta med i planeringen för fortsatt arbete.

★ Ko11: Kontinuitetsindex för mångbesökare, senaste 12 månaderna, läkare

Specifikation | Hämta resultat till Excel

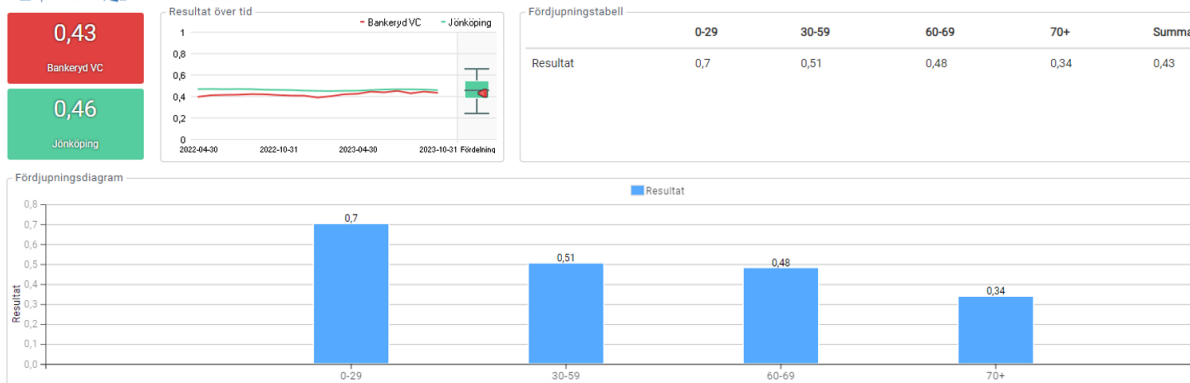


Bild 3.

Läkarnas och sjuksköterskornas uppfattning om nyttan med par-tiderna som infördes under sensvåren undersöktes via enkäter (Bild 4-6).

Läkarna var generellt mer positiva. Arbetsättet kommer att utvecklas så att sjuksköterskornas erfarenhet och kompetens blir ännu mer synligt tillvaratagen.

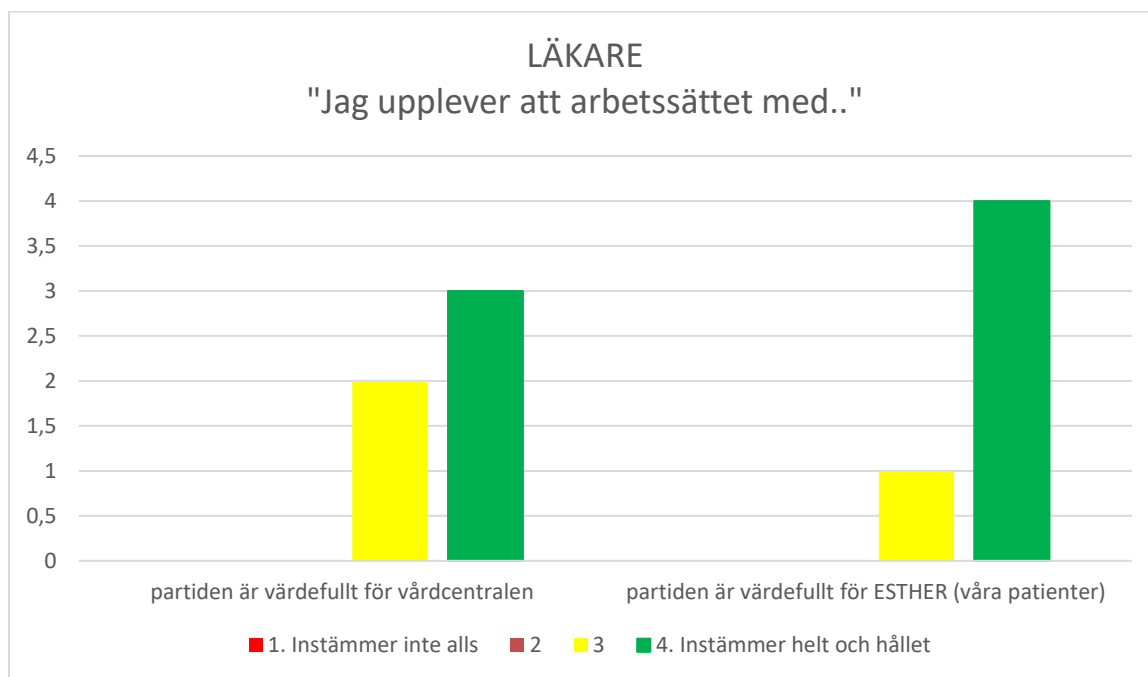


Bild 4.

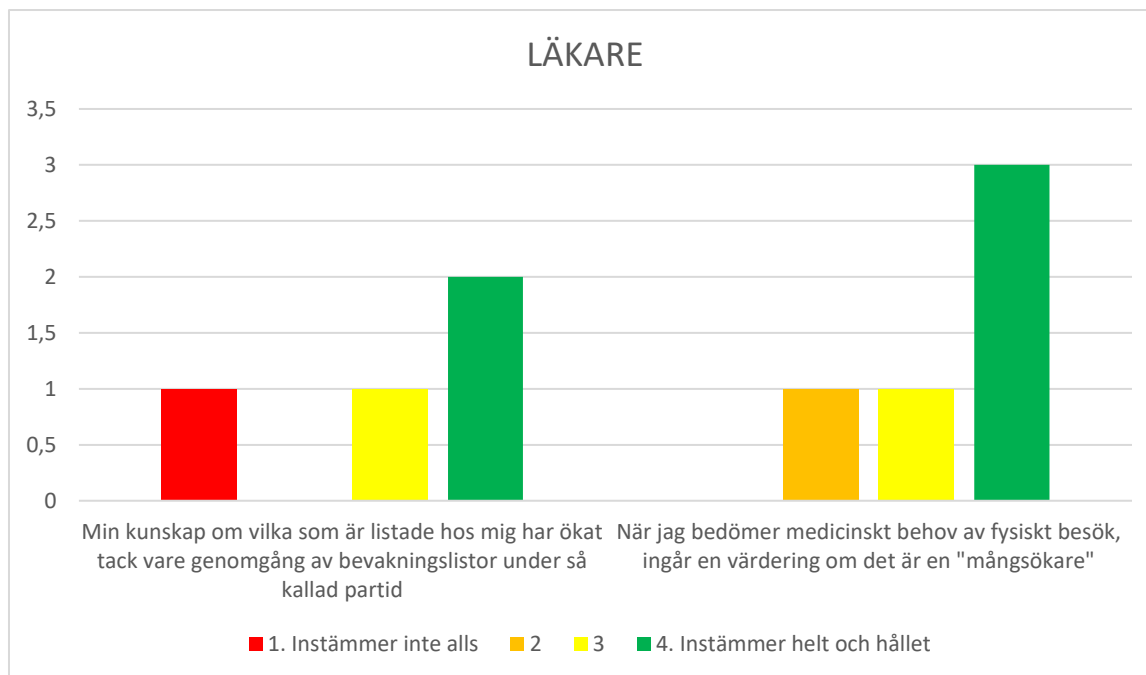


Bild 5.

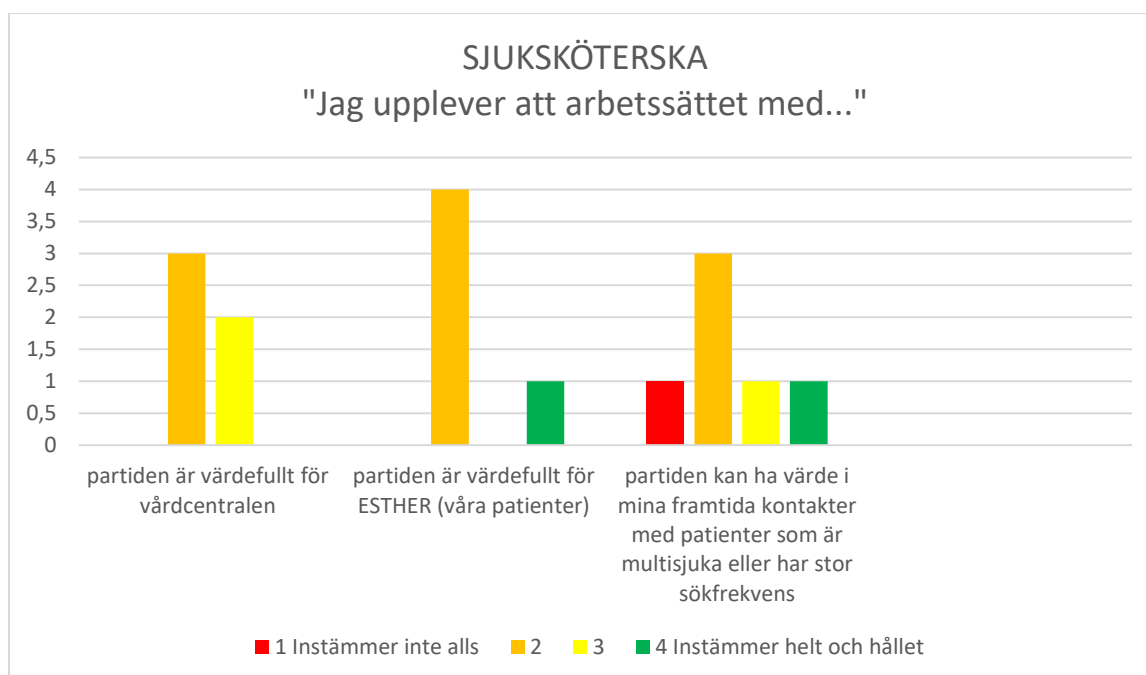


Bild 6.

## I. Summering

*Utifrån analys och resultat av de genomförda förändringarna.*

*Kort sammanfattning av förbättringsarbetet genom att besvara:*

- Vad gjorde ni?*
- Hur gjorde ni?*
- Vilka tips ger ni till annan vårdcentral som vill göra liknande arbete?*

Med syfte att öka tryggheten hos patienterna och optimera vår resursanvändning ville vi öka kontinuiteten mellan patient och läkare. Vi har arbetat med att underlätta att göra bokningar som stödjer detta genom att registrera fast läkarkontakt, vid fördelning av patienter i vårt koncept med öppen läkarmottagning gå igenom och fördela enligt tidigare läkarkontakter och rikta recept till den fasta läkarkontakten om acceptabel fördröjningstid. Den fasta läkarkontakten har bättre översyn och arbetar mer aktivt än tidigare med sin bevakningslista tillsammans med sjuksköterska.

Arbetet har inte gett något resultat enligt data från PVQ, vilket delvis kan bero på att vi haft hög omsättning av läkare under den senaste 18-månadersperioden då data hämtas. Läkargruppens upplevelse i personliga samtal är att kontinuiteten ändå ökat. Ett tips till annan som vill arbeta med och mäta kontinuitet är att ta fram egna manuella mätningar även om det kräver tid att genomföra.

Ett lärande i detta har varit tydliggörandet att samma mätning som används för bedömning av vilken kontinuitet en VC erbjuder sina listade invånare inte är lämpligt för utvecklingsarbete med korta cykler eller där omständigheter som ej kan påverkas ständigt ändras. Ett annat är en ökad förståelse i Regionen och hos medarbetare på PVQ och Medrave om vilken grad av påverkan val av mätuppställning har när verkligheten kan se helt annorlunda ut än de antaganden som gjorts. För vår del kommer den ändring som görs i Medrave att bättre spegla vår verklighet framöver, och det hade inte hänt om vi inte gjort just detta förbättringsarbete och kan anses vara ett resultat i sig.

## Referenser

1) Policydokument om Fast läkare, Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för Allmänmedicin, antaget 2022-03-14. Innehåller ursprungsreferenser.

2) SKR,

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/kontinuitetfastvardkontakt.61379.html>

3) Sammanställning från morgonmöte på VC om kontinuitet, 230125

4)

**PVQ Kontinuitet Ko11: Kontinuitetsindex för "mångbesökare", senaste 12 månaderna, läkare**

Kontinuitetsindex för vårdkontakt med läkare för patienter med 10 eller fler läkarbesök, senaste 12 månaderna

**PVQ Kontinuitet Ko05L: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, läkare**

Kontinuitetsindex för besök hos läkare för alla patienter de senaste 18 månaderna