|  |  |
| --- | --- |
|  | Personcentrerad primär vårdåtgärdUppställning- och rapporteringsvägledningv 2.1- SWE  |

Överväg att rapportera en liten uppsättning gemensamma data som möjliggör fortsatt förfining av PCPCM. Formuläret nedan rekommenderas, men är inget krav. Det är frivilligt att dela information. PCPCM kan användas online eller på vårdplatsen och med patienter i alla åldrar och alla besökstyper. Uppställning av PCPCM kan anpassas utifrån praktikens arbetsflöde.

**Information om dig och ditt projekt**

**Berätta lite om dig själv.** (Kontaktuppgifterna kommer inte att offentliggöras.)

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:  | Jobbtitel/roll och arbetsgivare:  |
| Telefon: | Adress: |
| E-post: |

**Markera alla som är relevanta eller fyll i på begäran.**

|  |  |
| --- | --- |
| Vilket slags projekt är detta?  | \_\_\_ 1 Kvalitetsbedömning \_\_\_ 2 Kvalitetsförbättring \_\_\_ 3 Patientengagemang \_\_\_ 4 Annat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hur kommer du att administrera PCPCM? | \_\_\_ 1Online \_\_\_ 2 På vårdplatsen |
| Hur samlas data in? | \_\_\_ 1 Papper \_\_\_ 2 Patientportalen \_\_\_ 3 Elektroniskt \_\_\_ 4 Annat |
| Delas resultaten med kliniker? | \_\_\_ 1 Ja \_\_\_ 0 Nej |

**PCPCM-rapporteringsformulär**

**Sammanfattning av svar från patienter som slutför PCPCM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personcentrerad primär vårdåtgärd** | **Prov** (N = \_\_\_\_\_\_ ) |
|  | **Medel** | **SD** | **Intervall** |
| Min klinik gör det lätt för mig att få vård. |  |  |  |
| Min klinik kan ge mig det mesta av min vård. |  |  |  |
| När min läkare ger mig vård tas alla faktorer som påverkar min hälsa med i beräkningen. |  |  |  |
| Min klinik samordnar den vård som jag får från flera ställen. |  |  |  |
| Min läkare eller klinik känner mig som person. |  |  |  |
| Min läkare och jag har gått igenom mycket tillsammans. |  |  |  |
| Min läkare eller klinik försvarar mig. |  |  |  |
| Den vård som jag får grundas bl.a. på kunskap om min familj. |  |  |  |
| Den vård som jag får i den här kliniken grundas bl.a. på kunskap om samhället där jag bor. |  |  |  |
| Denna klinik hjälper mig att nå mina mål i längden. |  |  |  |
| Min klinik hjälper mig att hålla mig frisk i längden. |  |  |  |

**Gemensamma data**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Prov** (N = \_\_\_\_\_\_\_ ) |
|  | **N** | **Medel eller %**  | **SD** |
| Ålder | År |  |  |  |
| Kön | Kvinna |  |  |  |
|  | Man |  |  |  |
|  | Icke-binär |  |  |  |
| Anser du dig ingå i en minoritetsgrupp? | Ja |  |  |  |
| Hur är din hälsa jämförd med andra i din ålder? | Utmärkt |  |  |  |
|  | Mycket bra |  |  |  |
|  | Bra |  |  |  |
|  | Skaplig |  |  |  |
|  | Dålig |  |  |  |
| Hur många år har du känt den här läkaren? | År |  |  |  |
| Hur många år har du känt till den här kliniken? | År |  |  |  |
| Var det svårt att fylla i det här formuläret? | Ja |  |  |  |
| Om din läkare eller klinik fick svaren på dessa frågor, skulle det hjälpa dem att förstå vad du tycker om din vård? | Ja |  |  |  |
| Har du en enda läkare eller klinik som hanterar det mesta av din vård? | Ja |  |  |  |