

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Hälsosamtal

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Gustafkliniken	
Verksamhetschef Therese Varre Almesjö	Verksamhetschefens e-post Therese.almesjo@gustafkliniken.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Olesja Fornara
Profession: Specialist i allmänmedicin
E-post: olesja.fornara@gustafkliniken.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">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 sidosjukvård, 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Therese Varre Almesjö- leg. Läkare, verksamhetschef Julia Linder, sjuksköterska, Enhetschef Olesja Fornara, specialist i allmänmedicin

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Patienterna involveras mycket via digitala flöden med olika enkäter och formulär avseende somatiska symtom, psykiska symtom, förväntningar på vården och återkoppling avseende besöket. Vi kommer att ha ett kort frågeformulär som varje patient får inför läkarbesöket där man skriver aktuella problem och förväntningar på besöket. Det kommer att underlätta handläggningen av patienten under en begränsad besökstid samt öka förståelse av vikten för inriktat samtal avseende levnadsvanor.

Vi har en förslagslåda ditt patienterna kan maila: forslag@gustafkliniken.se

Vi är också i startgroparna att starta en patientgrupp där vi tar in synpunkter avseende vårdupplevelse.

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>

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

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vi vill förbättra preventiva åtgärder för att minska insjuknandet i olika sjukdomar. Samtal om levnadsvanor hinns ofta inte med besöken för kroniska multisykiska patienter. Vi vill bli bättre och hitta andra lösningar för att kunna kartlägga levnadsvanor hos våra kroniker. I nuläget ligger vi inte så bra i statistiken avseende levnadsvanor pga flera faktorer: nyöppnad VC, samtal om levnadsvanor registreras inte i samband med besöket. Målet med arbetet är att förbättra omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar och arbeta preventivt med levnadsvanor.

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.

Levnadsvanor hos patienter med kroniska sjukdomar

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

- 1. Högre andel patienter genomgår samtal om levnadsvanor.**
- 2. Högre andel som tillfrågas och genomgår en motiverande samtal för att minska eller får råd avseende riskbruk av alkohol**
- 3. Högre andel som tillfrågas om fysisk aktivitet och får FaR**

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-forbattningstrappa/>

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: Nyöppnade	1.1: Öka antal listade patienter 1.2: 1.3:
2: Tidsbrist	2.1: Öka besökstiden för att hinna med/boka återbesök 2.2: Sjuksköterska mottagning ska ha samtal om levnadsvanor 2.3: Digitala formulär som pat fyller i inför besöket
3: Ej prioriterat	3.1: Prioritera! 3.2: Planera och följa upp. 3.3:

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/verkygslada-forbattningstrappa/>

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 snabbspirometri 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/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten 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 snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter som tillfrågas om levnadsvanor</i>	40.8%	2024-01-31	>60%	Medrave	<i>Januari 2025</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter som tillfrågas om tobaksvanor</i>	28.9%	2024-01-31	>50%	Medrave	<i>Januari 2025</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter som tillfrågats om fysisk aktivitet.</i>	26.4%	2024-01-31	>40%	Medrave	<i>Januari 2025</i>
Indikator 4	<i>Andel patienter som tillfrågas om alkoholvanor</i>	26.7%	2024-01-31	>50%	Medrave	<i>Januari 2025</i>
Indikator 5	<i>Andel patienter som får rådgivande samtal avseende riskbruk av alkohol</i>	0%	2024-01-31	>50%	Medrave	<i>Januari 2025</i>

Kommentar (valfritt):

Vi planerar månadsvis uppföljning avseende ovanstående parametrar.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

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/verkygslada-forbattningstrappa/>

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 tänkt? 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?

Plan: regelbundna genomgångar i arbetsgruppen (varje månad) med genomgång av data från Medrave.

Göra: Sätta upp målen för sjuksköterskamottagning som genomför samtalen inriktade på levnadsvanor.

Studera: fylls på senare (vg se nedan i rapporten hur vi arbetade)

Agera: fylls på senare (vg se nedan i rapporten hur vi arbetade)

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

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

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@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. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har diskuterat nivåer av våra indikatorer, möjliga bakomliggande orsaker och förbättringsidéer under APT med samtliga yrkesgrupper på VC.

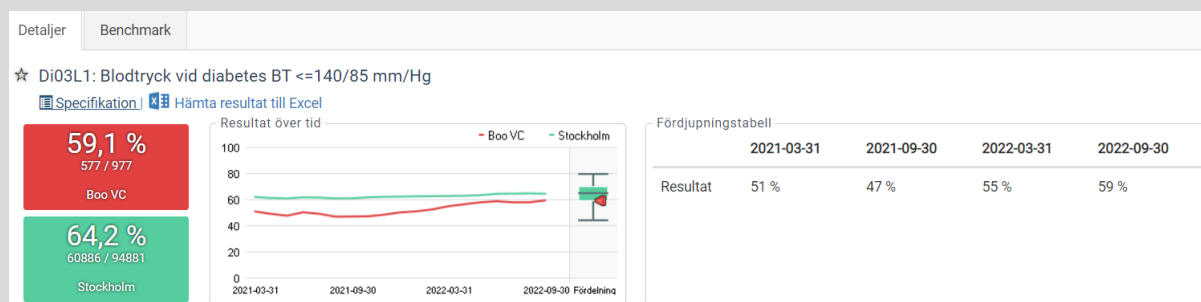
Därefter har olika förbättringsmöjligheter diskuterats separat i grupper för varje yrkeskategori som arbetar med patienter.

Vi har initialt tydligt definierat våra indikatorer och vikten att dessa ska uppmärksammas under patientsamtal. Under våra diskussioner (i samtliga yrkesgrupper som arbetar med patienter) framkom det att dessa hälsoindikatorer faktiskt har uppmärksammats även tidigare av samtliga yrkesgrupper på VC under patientbesöken men dokumentation och diagnosättning för det var bristfälligt. Vi har därför arbetat med att förbättra dokumentationen och diagnosättning.

Vi har gjort en lista över åtgärds-koder som lämnades i varje rum på VC för att underlätta dokumentationen för samtliga yrkesgrupper.

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:**



	Indikator namn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter som tillfrågas om levnadsvanor	40.8%	2024-01-31	>60%	65%	Medrave (vg se figur 1)	December 2024
Indikator 2	Andel patienter som tillfrågas om tobaksvanor	28.9%	2024-01-31	>50%	39%	Medrave (vg se figur 2)	December 2024
Indikator 3	Andel patienter som tillfrågats om fysisk aktivitet.	26.4%	2024-01-31	>40%	53%	Medrave (vg se figur 3)	December 2024
Indikator 4	Andel patienter som tillfrågas om	26.7%	2024-01-31	>50%	36%	Medrave (vg se figur 4)	December 2024

	<i>alkoholvanor</i>						
Indikator 5	<i>Andel patienter som får rådgivande samtal avseende riskbruk av alkohol</i>	0%	2024-01-31	>50%	16%	Medrave (vg se figur 5)	December 2024

Övriga kommentarer:

Vi har förbättrat oss på samtliga indikatorer, men har tyvärr inte uppnått mål för vissa. Anledningen för icke uppnådda mål för vissa indikatorer kan vara att vi hade satt för höga mål på vissa eller har fortfarande inte lyckats dokumentera ordentlig eftersom under förra året fick vi många nya sjuksköterskor som möjligen var inte helt insatta i kvalitetsarbetets målsättning i början.

Annan anledning till icke uppnådda mål kan vara att vi använder AI för journalskrivning som överför anteckningar till TC utan att lägga det i specifika flikar (t.ex rökning och antal cigg överförs enbart i fritext och samma med alkohol och antal glas/v). Det medför att överföringen till MEDRAVE missas. Vi är medvetna om denna felkälla och har diskuterat den på APT för att uppmärksamma den för olika yrkesgrupper och förbättra dokumentationen.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det har varit en lärorikt och utvecklande att förbättra vårt arbete med levnadsvanor. Vi har lärt oss att samarbeta kring frågan om levnadsvanor och förbättra vår dokumentation av det.

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?

Vi har arbetet i team och försökt att motivera patienter på olika sätt i olika avseenden inom levnadsvanor. Vi har arbetat patientcentrerat med individuell utgångspunkt för varje patient och med hänsyn till hennes förutsättningar och möjligheter för att förbättra och främja hälsan hos våra patienter.

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.

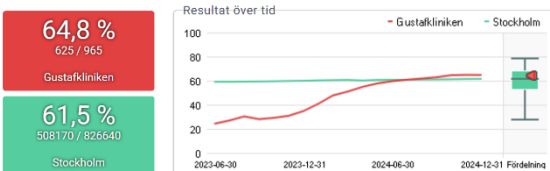
Vår plan är att fortsätta arbete med levnadsvanor och förbättra våra indikatorer som vi har inte lyckats att uppnå. Vi planerar att arbeta strukturerat och förbättra sjuksköterskemottagning med inriktning på levnadsvanor.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA**
 namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan
forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

★ Le01: Andel med kronisk sjukdom där levnadsvana uppmärksammas

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

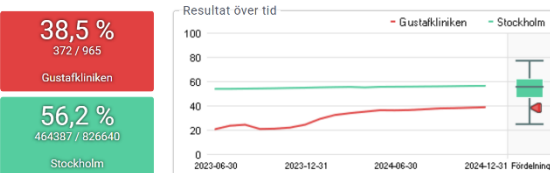


	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	24 %	35 %	60 %	65 %

Figur 1. Indikator 1

★ Le01T: Andel med kronisk sjukdom där tobaksvanor uppmärksammas

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

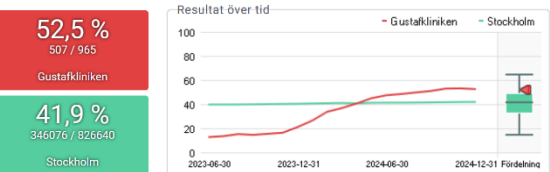


	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	20 %	24 %	36 %	39 %

Figur 2. Indikator 2

★ Le01F: Andel med kronisk sjukdom där fysisk aktivitet uppmärksammas

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

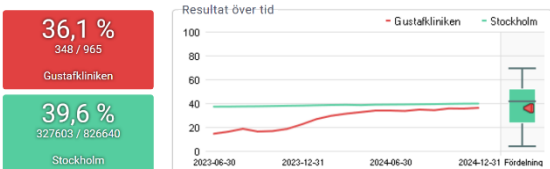


	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	13 %	21 %	47 %	53 %

Figur 3. Indikator 3

★ Le01A: Andel med kronisk sjukdom där alkoholvanor uppmärksammas

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

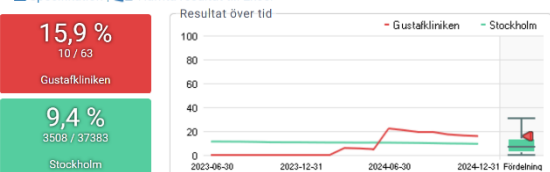


	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	14 %	22 %	34 %	36 %

Figur 4. Indikator 4

★ Le09Alla: Andel patienter med kronisk sjukdom som fått rådgivning vid riskbruk av alkohol, Summa

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



	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	0 %	0 %	22 %	16 %

Figur 5. Indikator 5