

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: FAR i Hallunda VC

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Hallunda VC	
Verksamhetschef Lena Herö Karlsson	Verksamhetschefens e-post lena.hero-karlsson@regionstockholm.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: Gilgamesh Morad
Profession: ST-Läkare
E-post: Gilgamesh.Morad@regionstockholm.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 sidotjänstgöring, 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: Natashi Nissan DSK Susanne Ekblom USK

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

B: Intervjuer, enkäter till patienter medan de sitter. Patientinformation om FAR

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?

Fysisk aktivitet bidrar till bättre metabol kontroll, varför det är viktigt att engagera sig mer i detta som vårdgivare. Det skulle vara gynnsamt för våra patienter att aktiveras mer i sitt vardagliga liv, som ett tillägg till goda kostvanor och läkemedelsbehandling. Detta med tanke på att endast 47 % av våra diabetiker uppnår HbA1c under 52 mmol/mol jämfört med 57,8 % i hela Stockholm. Detta är ett tydligt förbättringsområde, eftersom under 2023 var det endast hos 33 % av kronikerna på Hallunda vårdcentral där man hade uppmärksammat fysisk aktivitet. Det finns också utrymme för förbättring i hela Sverige där motsvarande andel ligger på 34 %, och i Stockholm på 40 % (PrimärvårdsKvalitet).

Målet med förbättringsarbetet är att öka fysisk aktivitet på recept (FaR) då detta är någonting som inte används för våra kroniker, framför allt våra diabetiker som utgör 8 % av våra listade patienter (PrimärvårdsKvalitet). Visserligen är det i dagsläget svårt att se tillförlitlig statistik på antalet FaR i MedRave eftersom dessa besök inte diagnossätts med koden DV200 Utfärdande av recept på fysisk aktivitet (FaR), men 5 st under hela år 2023 är väldigt låga siffror. Däremot får 80 % av kronikerna, där otillräcklig fysisk aktivitet har uppmärksamats, ett rådgivande samtal om fysisk aktivitet. Detta jämfört med 56 % i hela Stockholm respektive 28 % i hela Sverige (PrimärvårdsKvalitet). I personalgruppen uppger man ofta tidsbrist och okunskap kring hur man utfärdar FaR som en möjlig orsak till att FaR inte utfärdas.

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.

Öka användningen och förskrivningen av "fysisk aktivitet på recept" (FaR).

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:

Genom att öka användningen av FaR, vill vi uppnå en mer hälsosam livsstil hos de patienter som är inom riskgruppen för hjärt- och kärlkomplikationer, fokuserat på främst patienter med typ 2 DM. Vi kommer att ge information om FaR till patienter, läkare och sjuksköterskor och uppmana vårdgivare att sätta diagnos DV200 när FaR förskrivs. Genom denna ökade medvetenhet kommer förhoppningsvis förskrivning av FaR till patienter med typ 2 DM att öka, samt även följsamheten hos patienterna. Vi kommer att underlätta processen genom att läkarna har möjlighet att boka hos en DSK som kan sköta förskrivning och uppföljning av FaR. Med hjälp av Medrave kommer vi att kunna följa förskrivning och använda det underlaget till att boka återbesök, så att vi ska kunna följa upp patienten. Då kan vi också ge mer information som kommer att hjälpa patienten att förstå vikten av att fortsätta med fysisk aktivitet. Våra mål är att ha 150 förskrivningar av FaR per kvartal, att minst 50 % av förskrivningarna sker via läkare samt att minst 70 % av patienterna ska ha ett uppföljningsbesök. Våra sekundära mål är att via ökad fysisk aktivitet se minskning av BMI, bättre HbA1c och mer hälsosam livsstil.

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: Personalberoende (tidsbrist, okunskap).

1.1: Öka kunskap inom vårdcentralen
1.2: Öka förskrivningen av FaR
1.3: Underlätta processen för FaR vid tidsbrist genom involvering av DSK.

2: Patienter omedvetna om att det kan begära FaR eller är omotiverade.

2.1: Information ska delas ut i väntrum
2.2: Öka information levererad från läkare, ssk och annan sjukvårdspersonal.
2.3 Erbjuder uppföljning av FaR hos DSK.

3: Svårt att mäta då många inte sätter åtgärds-koden DV200.

3.1: Påminna personal om att sätta koden DV200

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/verktygslada-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 processmått 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>Föreskrivningar av FaR</i>	5 st (hela 2023 med kod Dv200)	2024-01-01	150 st per kvartal	MedRave	<i>Varje kvartal</i>
Indikator 2	<i>Föreskrivningar FaR från Läkargruppen</i>	0%	2024-01-01	Minst 50 % av samtliga FaR	MedRave, sökord åtgärd DV200	<i>Dec 2024</i>
Indikator 3	<i>Uppföljningsbesök gällande FaR</i>	0 %	2024-01-01	70 % av samtliga patienter	MedRave, Take Care	<i>Varje kvartal</i>

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikorummets, det kan ge ett ökat engagemang.

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/verktygslada-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 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?

Gilgamesh ansvarar för redovisning och rapportering.

Natashi skriver recept på FaR och aktiverar övriga DSK/Ssk, mailar ut till personalen om arbetet. Sussi hjälper till med att rekrytera patienter, samlar in formulär.

2023 väldigt få med FaR men detta går ej att mäta i MedRave då få sätter diagnos Dv200. Vi informerar hela personalen innan start och stämmer av varje kvartal. Detta blir en gemensam insats tillsammans med verksamhetschef och enhetschefer.

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?

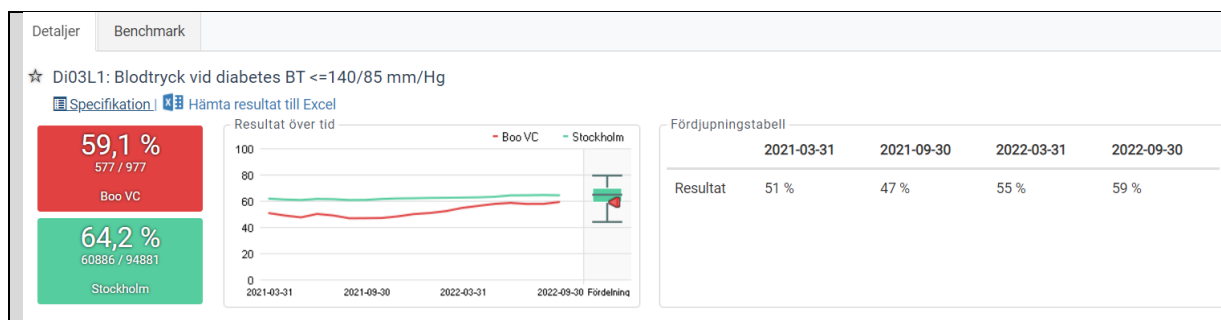
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

1. Vi har haft genomgångar för sköterske- och läkargruppen, både separat och gemensamt, med en PowerPoint-presentation där vi gick igenom FaR och innebörden. Detta gjordes vid flera tillfällen med jämna mellanrum (kvartalsvis).
2. Interna meddelanden till kollegor som påminnelse och om möjligheten att förskriva FaR. Detta gjordes också kvartalsvis.
3. Läkarna har vid tidsbrist skickat interna meddelanden eller remisser där man delegerar FaR-recept till sköterskegruppen för underlättande.
4. Information till patienter har gått via presentation på TV i väntrummet, informationsblad som är tillgängliga i receptionen och på borden i väntrummet.
5. Mycket information via övrig vårdpersonal om erbjudande om FaR.
6. Försökt samordna studiebesök på Medfit.
7. Större kunskap om åtgärdskod för FaR, för att kunna följa statistik i MedRave.

Dessa idéer/rutiner tillämpas kontinuerligt då vi har FaR-samordnare som finns tillgänglig för kollegor och patienter.

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:**



	Indikatornamn 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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Föreskrivningar av FaR	5 st (hela 2023 med kod Dv200)	2024-01-01	150 st per kvartal	53 patienter där DV200 har registrerats	Medrave	2024-12-07
Indikator 2	Föreskrivningar FaR från Läkargruppen	0%	2024-01-01	Minst 50 % av samtliga FaR	13% 7 patienter	Medrave	2024-12-07
Indikator 3	Uppföljningsbesök gällande FaR	0 %	2024-01-01	70 % av samtliga patienter	52% 28 patienter	Medrave	2024-12-07

Övriga kommentarer:

Det kan finnas ett visst mörkertal p.g.a. att inte alla läkare/sjuksköterskor har använt åtgärds-koden DV200. Vid möte med informationsapotekare från APC diskuterade vi detta, och det framkom att flera medarbetare hade missat att sätta den koden.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

- Fördelning av ansvarsområden har visat sig vara effektiv i det här fallet, med tanke på tidsbrist och flera aspekter som tas upp på ett läkarbesök. Då blir FaR ofta bortprioriterat. Denna ansvarsfördelning skapar inte heller merarbete för läkarna i ett senare skede, vilket "task shifting" annars kan medföra.
- Betydelsen av levnadsvanor och vikten av fysisk aktivitet i vardagen och hur det förbättrar patienters upplevelse av sitt eget mående/hälsa. Flera patienter var mer positiva under uppföljningsbesöken.
- Läst mer om FaR och forskningsresultat.
- Större insatser och samarbeten på hela vårdcentralen, involvering av flera yrkeskategorier, har visat positiv effekt i antal föreskrivningar, och möjlighet till uppföljning.
- Vi har upplevt att följsamheten och motivationen hos patienterna ökar när de har planerat uppföljning av en viss insats/förändring, särskilt när det handlar om förändrade levnadsvanor där det är väldigt svårt att få igenom förändringar.
- Vi hade nog för högt satta mål, utifrån det låga startläget. Sannolikt finns ett mörkertal, då flera medarbetare uppger att de inte har satt koden DV200. Det kan vara så att åtgärds-koder som inte uppfyller ett annat syfte än "mätning"/statistik, inte motiverar vårdpersonal att sätta dem och därför är det förmodligen inte ett bra sätt att basera en studie på. Statistik över

särskilda bokningsunderlag för FaR hos ssk/dsk eller att MedRave kunde fånga upp vissa nyckelord i journaltext (exv. FaR) eller detektera när ett FaR-intyg skrivs, skulle möjliggöra mätningar utan att man behöver göra mer omfattande journalgenomgångar. Kanske blir framtiden tack vare digitalisering (om man hittar vägar som inte riskerar sekretess)?

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?

- Genom kontinuerlig återkoppling vid återbesöken för FaR, där patienten får berätta nuvarande situation och hur hen har nyttjat FaR samt vad hen kan själv förbättra. Genom detta har vi fått mer information om hur vi kan ge bättre stöd och öka samverkan mellan vårdgivare och patienter.
- Aktivt inhämtat tips från patienter om hur man skulle kunna motivera patienter att öka sin fysiska aktivitet.
- Vi har haft telefonkontakt med patienten för att höra om hen har hittat rätt anläggning/strategi till träning och sett att strukturerad uppföljning kan bidra till bättre motivation hos patienter. Patienter verkar bli mer motiverade när de ser att vårdgivarna är måna om att patienter faktiskt gör en förändring.

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.

- USK hjälper DSK vid årliga kontroller för diabetespatienter så att DSK har mer tid att prata om kost, motion och genomgång av FaR. Det kan vara vikt, längd, bmi, ankeltryck m.m som faktiskt tar en stor del av besökstiden.
- Fortsätta i samma positiva anda med kontinuerlig återkoppling till läkar- och sskgruppen gällande FaR.
- FaR-samordnare får ha minst ett möte om året om FaR. aktuell forskning samt vår aktuella statistik.

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 forbattningsarbeten.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.