

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
To Care Husläkarmottagning City.	
Verksamhetschef Lovisa Lauren Glover.	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

### 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 2020 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se) senast den **28 februari 2020**, men gärna redan i januari 2020 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 2020 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2021**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2020" på Vårdgivarguiden och på [ORC: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.**

*Ulrika Sundkvist. Distriktsjuksköterska. [Ulrika.sundqvist@tocare.se](mailto:Ulrika.sundqvist@tocare.se).*  
*Erika Eriksson. Ssk.*  
*Emma Brynielsson. Ssk*  
*Jonas Johard. Specialist allmänmedicin.*  
*Rebecca Angeli. ST-läkare*  
*Tess Risto. Leg Psykolog*

#### 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 (ändra inställningen så tiden går 5 år tillbaka och välj listade patienter så ni inte tappar de som inte varit hos er på ett tag), PrimärvårdsKvalitet (PvK), 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**

Vi ser i GUPS att vi under en längre period legat under snitten på andelen rådgivande samtal fysisk aktivitet och kvalificerade rådgivande samtal om matvanor. Under 2019 hade vi ytterligare ett försämrat resultat. I november 2019 hade endast 2 % av våra patienter fått rådgivande samtal angående fysiska aktivitet och endast 1,67 % hade fått ett kvalificerat rådgivande samtal om matvanor. Detta återspeglar inte behovet. Exempelvis är HT en av de vanligaste diagnoserna och man vet att den patientgruppen har stor hjälp av rådgivande samtal. Detsamma gäller patienter med

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
To Care Husläkarmottagning City.	
Verksamhetschef Lovisa Lauren Glover.	Aktnummer (ifylles av HSF)

diabetes typ 2 som också rekommenderas att få rådgivande samtal.:

<http://primarvardskvalitet.skl.se/>

### **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.....**

Vi kommer att arbeta med ohälsosamma levnadsvanor och rådgivande samtal med fokus att förbättra våra patienters hälsa.

### **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 identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor och arbeta preventivt för att minska risken för livsstilsrelaterade sjukdomar.

### **Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara T.ex. Öka prevalensen av diabetes, öka andel i % av dessa patienter som behandlas med statiner**

*Ett sätt för att formulera ett effektivt mål är att formulera det som ett SMART mål:*

**S** – Mål: Öka andelen utförda rådgivande samtal om fysisk aktivitet och kvalificerade rådgivande samtal om matvanor. Delmål är att för varje månad kunna se en ökning av samtalen. Vi mäter därför månadsvis antal utförda rådgivande samtal om fysisk aktivitet och kvalificerade rådgivande samtal om matvanor

**M** – Vi kommer mäta både antal och andel utförda rådgivande samtal om fysisk aktivitet och utförda kvalificerade rådgivande samtal om matvanor och följa utvecklingen månadsvis.

**A** – Den arbetsmetod som kommer användas är MI. Samtliga patienter tillfrågas innan om de önskar rådgivning.

**R** – Målet är att öka till 100 st utförda rådgivande samtal om fysisk aktivitet och 100 st kvalificerade rådgivande samtal om matvanor. Samt att andelen ökas till 5% i båda kategorierna.

**T** – Delmålen mäts kontinuerligt varje månad. Och slutmätningen sker i december.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn

To Care Husläkarmottagning City.

Verksamhetschef  
Lovisa Lauren Glover.

Aktnummer (ifylles av HSF)

**Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)**

- 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 [QRC:s verktygslåda](#).

Enligt Viss.nu bör patienter som har ohälsosamma levnadsvanor erbjudas stöd enligt rekommendationerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Enligt de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande skall grunden ligga i någon form av rådgivning gällande tobaksbruk, riskbruk alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor.

- 

*I den här rutan beskriver ni vad ni kommit fram till för förbättringsidéer, se tips ovan för hur ni kan få fram många idéer.*

Vi ser en stor möjlighet att arbeta mellan professionerna för att identifiera de patienter som har ohälsosamma levnadsvanor.

- Öka kompetensen på mottagningen kring rådgivande samtal och livsstilsförändringar. 2 av våra ssk utbildas inom rådgivning och M.I.
- Identifiera patienterna. I samband med att läkare/ssk eller psykolog träffar patienter med diagnos vars livsstil kan påverka deras hälsa frågar vårdgivaren om levnadsvanor. I de fall vårdgivaren bedömer att patientens hälsa skulle kunna förbättras av förändrade levnadsvanor skrivs en remiss till vår ssk med utbildning inom rådgivande samtal.
- Förbättringsarbete implementeras i varje profession via möten inom gruppen. Ssk-möten, psykolog-möten och läkarmöten samt följs upp på APT. På så sätt arbetar vi tillsammans i grupp och får med patienter med olika bakgrund. Kvalitetsgruppen kommer ha regelbundna möten 1 gång per månad där man bland annat följer upp delmålen.

- 

Patienterna involveras genom att de tillfrågas vid vårdbesöket om de önskar rådgivning angående sina levnadsvanor. Är patienten intresserad av detta remitteras patienten till ssk/dsk med speciell utbildning inom rådgivning. Personcentrerad vård är fokus där varje individ bemöts personligt. Vid första mötet med ssk lägger ssk och patienten upp en personlig plan men kost och motion och planerad uppföljning samt antal planerade möten. På sista mötet tillfrågas patienten med öppna frågor hur han/ upplevde upplägget och om han /hon tycker sig ha blivit hjälpt. Skulle han/hon skatta sin upplevda hälsa som bättre jämfört med innan han/hon fick hjälp med rådgivande samtal.

**Steg 6 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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
To Care Husläkarmottagning City.	
Verksamhetschef Lovisa Lauren Glover.	Aktnummer (ifylles av HSF)

månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri 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> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal patienter fått rådgivande samtal angående fysiska aktivitet</i>	32st	Novemb er 2019	100 st patienter	<i>Uppföljning sport alen Gups</i>	<b>201231</b>
<b>Indikator 2</b>	<i>Antal patienter som fått kvalificerat rådgivande samtal angående matvanor</i>	26st	Novemb er 2019	100 st patienter	<i>Uppföljning sport alen Gups</i>	<b>201231</b>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter fått rådgivande samtal angående fysiska aktivitet</i>	1,09%	Novemb er 2019	5%	<i>Uppföljning sport alen Gups</i>	<b>201231</b>
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter som fått kvalificerat rådgivande samtal angående matvanor</i>	1,67 %	Novemb er 2019	5%	<i>Uppföljning sport alen Gups</i>	<b>201231</b>
<b>Indikator 5</b>						<b>201231</b>

**Kommentar (valfritt):**

**Vilka källor tar ni era data från:**

*Skriv här vilka källor ni använt. NOTERA 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 fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

*Väljer ni indikatorer som speglar era förbättringsidéers implementering får ni gärna följa dem varje vecka för att snabbt veta om åtgärden får effekt eller inte. Idéer kan behöva bytas under förbättringsresans gång.*

Värdena är hämtade från uppföljningsportalen i GUPS. Första värdet november 2019.

**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
To Care Husläkarmottagning City.	
Verksamhetschef Lovisa Lauren Glover.	Aktnummer (ifylles av HSF)

husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 1 och skicka in senast 28 februari 2020 till:

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

## 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.

Vi börjar i liten skala med att ssk tar emot remisserna och kallar patienterna till sköterska på ssk mottagningen med utbildning i MI. Vid avstämnings möte följde vi upp hur ssk upplevde att mötena med patienterna gick och om det fanns möjlighet att utveckla de rådgivande samtalen men specifika mottagningarna. Ssk som träffat patienterna och haft de rådgivande samtalen med patienterna hade fått mycket positiv feedback från patienterna och upplevde att de fått mycket god kontakt. De såg också att olika patientgrupper behövde olika fokus. Vi utvecklade därför ytterligare 2 specifika ssk-mottagningar som vi standardiserade med skrivna rutiner. De patienter som hade en underliggande Hypertonidiagnos remitteras till ssk ledd hypertoni-mottagning där de erbjuds rådgivande samtal. Vi utvecklade även en specifik livsstilsmottagning för de som är i riskgrupp att utveckla fysiska åkommor p g a ohälsosamma levnadsvanor. De patienter med underliggande dm typ 2 kallas fortsatt till den redan utarbetade diabetesmottagningen. I teamet upplevde man även att samarbetet mellan professionerna hade utvecklats i och med förbättringsarbetet och remisshanteringen samt samarbetet mellan professionerna kring patienterna. Vid avstämningsmötet i november 2020 har vi alltså gått från att endast ha 1 standardiserad ssk mottagning (diabetes) till 3 stycken standardiserad ssk mottagningar där ssk arbetar patientcentrerat och med fokus på rådgivande samtal.

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Start-läge (% eller antal)	Datum /period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Antal patienter fått rådgivande samtal angående fysiska aktivitet	32st	Novem-ber 2019	100 st patienter	98	Uppföljnings portal en Gups	Oktober 2020

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
To Care Husläkarmottagning City.	
Verksamhetschef Lovisa Lauren Glover.	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 2</b>	<i>Antal patienter som fått kvalificerat rådgivande samtal angående matvanor</i>	26st	November 2019	100 st patienter	93	Uppföljningsportalen Gups.	Oktober 2020
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter fått rådgivande samtal angående fysiska aktivitet</i>	1,09%	November 2019	5%	4,9%	Uppföljningsportalen Gups.	Oktober 2020
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter som fått kvalificerat rådgivande samtal angående matvanor</i>	0,9 %	November 2019	5%	4,6%	Uppföljningsportalen Gups	Oktober 2020
<b>Indikator 5</b>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>		<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>T.ex. dec 2020</i>

#### **Övriga kommentarer:**

*Ni får gärna redovisa tätare mätningar, skicka då med en bilaga, gärna i form av ett linjediagram. Ni kan också skriva mer om vilka källor ni funnit mest användbara.*

Detta arbete har varit lite speciellt att genomföra under en corona pandemi. Särskilt då patienterna som inkluderas i stor del tillhörde en riskgrupp. Under mars-april kallade vi därför mycket färre patienter. Åtgärder togs för att minska smittspridningen. Även de planerade mötena i gruppen fick flera gånger ställas in. Dels på grund av sjukdom men även då verksamheten under en period såg mycket annorlunda ut och stort fokus låg på minska smittspridningen och att prioritera resurser. Vi har ändå kunnat genomföra vårt förbättringsarbete och har startat 2 patientcentrerade mottagningar där ssk arbetar med fokus rådgivande samtal och MI. Vi har lagt en grund för ett arbete som vi kommer fortsätta att arbeta med framåt. Positivt är också att i engagerad flera olika professioner och ökat medvetenheten både hos patienter och medarbetare hur viktigt det är att arbeta preventivt och med livsstilsförändringar. Vi har mätt andel och antal utförda rådgivande samtal om fysisk aktivitet och kvalificerade rådgivande samtal om matvanor. Vi har därmed mätt att vi nu arbetar mer efter Socialstyrelsens riktlinjer. Vi har dock inte mätt att de åtgärder vi gjort faktiskt ha givit en effekt på patientens hälsa. Då det är socialstyrelsen rekommendationer att arbeta med rådgivande samtal och det finns tidigare undersökningar som visar på att de har effekt så får vi anta att även våra patienter haft en hälsovinst av vår satsning på rådgivande samtal. Ytterligare en mätning som skulle kunna göras framöver är dock att tex lämna ut en patientenkät om patientens upplevda hälsa före och efter insatsen. Det rymdes dock inte inom detta arbete.

Se bilaga med uppgifter hämtade från uppföljningsportalen GUPS där vi följt mätningar varje månad. Vid slutdatum då kvalitetsarbetet skall skickas in har vi ännu inte fått data för november och december 2020. Vårt redovisande datum för slutresultat blir därför oktober 2020. Vi kan se att vi inte riktigt nått upp målen på 100 st patienter och andel 5 % men är väldigt nära. Fortsätter vi arbeta på detta sett ser vi att vi innan årets slut bör uppnå målen och fortsatt jobba för att framledes förbättra vårt preventiva arbete och rådgivande samtal.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
To Care Husläkarmottagning City.	
Verksamhetschef Lovisa Lauren Glover.	Aktnummer (ifylles av HSF)

**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?

1.

*I den här rutan fyller ni i vad ni anser att teamet och enheten som stort lärt sig.*

Vi har lärt oss att samarbete mellan professionerna gör att vi dels lär oss av varandra men också att patienten får en mer kvalitetssäkrad vård. Vi ser ett samband mellan patientens följsamhet att ta mediciner och att förändra livsstil. I båda fallen krävs tydlig information och med ökad förståelse och kunskap ökar motivering till behandling oavsett om det är medicin eller livsstilsförändringar.

2.

*Här skriver ni i vilken mån, och på vilket sätt, ni involverat patienter i ert arbete.*

Genom att arbeta med MI engagerar vi patienten och patienten har själv fått sätta upp sina mål tillsammans med vårdgivaren. Enligt litteraturen kring MI ökar chanserna att patienten själv vidmakthåller förändringarna och hen själv får uttrycka dem i ord och ej enbart bli presenterad en lösning. Patienten har också själv fått skatta sin motivation till förändring samt sin tilltro till förändring. Under covid-19 pandemin har en del patientmöten skett via promenader utomhus vilket dels har minskat risken för smitta men också engagerat patienten i en åtgärd (promenad)samtidigt som rådgivande samtal hölls.

3.

*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.*

Vi planerar att fortsätta arbeta med rådgivande samtal och standardiserade ssk-mottagningar då vi fått återkoppling från patienter att det uppskattas men också att det minskat en del av trycket på läkartiderna. Vi vidmakthåller detta genom att fortsätta hålla på de nya rutinerna att remittera patienter för rådgivande samtal via den nya HT-mottagningen, Livsstilmottagningen och Diabetesmottagningen.

**D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 2 och skicka in senast 31 januari 2021 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)