Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Thomas Wohlin	Aktnummer (ifylles av HSF)

Redovisning av kvalitetsarbete 2018

Instruktioner till mottagningen
Del 2 avser redovisning av genomfört kvalitetsarbete och skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.hsf@sll.se **senast 31 mars 2019** men får gärna skickas in redan i januari 2019 vilket leder till tidigare återkoppling vilket kan vara bra inför nästa års arbete.

DEL 2 – Redovisning av kvalitetsarbete

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet
Gerda Adelgren och Åsa Thurfjell

Namn på förbättringsarbetet i formatet: Enhet ämne år del: ”Boo VC Hypertoni 2018 del 2” Döp även filen så när ni skickar in den.
Kista VC Alkohol 2018 del 2

Mål med förbättringsarbetet samt kort bakgrund om varför det är viktigt
Enligt Socialstyrelsen anser närmare 100% av de som arbetar inom primärvården att rådgivning om riskbruk av alkohol är viktigt men rådgivning kring riskbruk sker i mindre utsträckning än för fysisk aktivitet och matvanor. Ett av skälen kan vara det stigma som finns kring alkoholbruk. Riskbruk av alkohol är en viktig orsak till ångest, depression, förmaksflimmer och hypertoni och alkohol kan även påverka resultatet av den medicinska behandlingen. Målet har varit att öka kunskapen om riskbruk av alkohol för personal och patienter i syfte att förbättra behandlingen för patienter där alkohol kan vara en bidragande orsak. Målnivåer för indikatorerna: -Strukturerad dokumentation om alkoholvanor: 50% -Erbjuden åtgärd: 100% -Förskrivningar av läkemedel mot alkoholberoende ska öka

Indikator(-er)
Med indikator avses ett mått som ska vara mätbart, till exempel:

- Andel diabetiker som varit på årskontroll senaste året
- Andel hypertoniker som har blodtryck mindre än 140/90
- Andel av patienterna som söker p.g.a. depressiva besvär som får fylla i en viss typ av skattningsformulär
- Detektionsgrad av…..

Välj en eller flera indikatorer som **mäter** de **åtgärder** ni vill jobba med och det **resultat** ni strävar efter. Välj gärna något som går att mäta varje månad för att följa effekten av era åtgärder så de går att justera under resans gång. Formulera det som ”Andel….” ”Antal….” ”Detektionsgrad”

1.	Antal patienter med respektive diagnos
2.	Andel patienter med respektive diagnos hypertoni/förmaksflimmer/depression/ångest där strukturerad dokumentation om alkoholvanor finns i journalen
3.	Andel patienter med dokumenterat riskbruk inom respektive diagnosgrupp som erbjudits/erhållit åtgärd under perioden.
4.	Antal förskrivningar av läkemedel mot alkoholberoende inom respektive diagnosgrupp.
5.	
6.	

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista vc	
Verksamhetschef Thomas Wohlin	Aktnummer (ifylles av HSF)

Nuvarande lägesbeskrivning inklusive basnivå av indikatorerna

2017-05-01 - 2018-04-30:
Antal patienter med hypertoni/förmaksflimmer/depression/ångest:1077/180/299/377
Andel patienter med strukturerad dokumentation av alkoholvanor (%): 27/11/10/8,5
Andel patienter med riskbruk: (%): 8/9,5/6,5/0
Andel patienter med riskbruk som erbjudits åtgärd:(%) 32/0/50/0
Andel med riskbruk som fått recept på N07BB (50%) 4,5/0/9/0
Källa: Utdatarapport från TC/SLSO

Källa (-or)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljning (GUPS)

Medrave m4/Clickview eller liknande

PrimärvårdsKvalitet

NDR

Strama

Övrigt:

Beskrivning av genomfört kvalitetsarbete 2018. Var olika yrkeskategorier involverade? Var patienter involverade? Vilka arbetssätt har förbättrats och hur gick ni tillväga? Har det förkommit inslag av personcentrerad vård eller åtgärder som stärker patienten delaktighet i vården? Beskriv.

Arbetet har planerats och drivits av distriktssköterska och läkare. Alla yrkeskategorier(läkare/ssk/dsk/usk/sekr/psykolog) har fått information om kvalitetsarbetet och riskbruk på APT och planeringsdag. På utbildningstillfällena har alla yrkeskategorier förutom sekreterare varit inbjudna.

Patienterna involverades i form av en enkät med frågor kring om och hur man ville bli tillfrågad om alkohol samt hur de upplevt nuvarande stöd kring alkohol och hur de önskade att stödet skulle se ut.

Vi har i högre utsträckning dokumenterat under rätt sökord både alkoholkonsumtion och erbjuden åtgärd. Av detta kan man anta att vi i högre utsträckning även har frågat oftare om alkoholvanor och även oftare erbjudit åtgärd. Vi använder väntrums-TV till patientinformation om riskbruk och om vad vårdcentralen kan erbjuda.

Följande interventioner har gjorts under året:
-Information om kvalitetsarbetet på APT maj 2018 och därefter ett par presentationer om fortlöpande resultat.
-Frågeformulär hösten 2018 till fyra patienter som har riskbruk av alkohol i syfte att ta reda på hur patienterna önskar bli tillfrågade om alkohol
- Tre utbildningstillfällen varav två tillsammans med Riddargatan 1 med följande information: Fördjupad information kvalitetsarbete, strukturerad dokumentation, MI-andan, rådgivningsnivåer, samband alkohol och symptom/sjukdomar, lågriskkonsumtion alkohol, läkemedelsbehandling, AUDIT
- Lokal rutin utarbetades under året och har förankrats i personalgruppen.
-Patientinriktad information i väntrummet om riskbruk, effekter av alkohol och att vårdcentralen erbjuder stöd om riskbruk föreligger.

Under året har vi under flera tillfällen talat om vikten av ett personcentrerat förhållningssätt inkl MI-anda. Detta stärker patientens egna ansvar och delaktighet. Vår uppgift som personal är att kunna erbjuda patienten information så att hen kan ta ett välgrundat beslut angående en eventuell förändring av sin alkoholkonsumtion.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista VC	
Verksamhetschef Thomas Wohlin	Aktnummer (ifylles av HSF)

Resultat Skriv här utfallet av era indikatorer, jämför hur de låg innan, under tiden, och efter att åtgärderna (de förändrade arbetssätten) genomförts

Basnivå av indikatorer:
Antal patienter med hypertoni/förmaksflimmer/depression/ångest:1077/180/299/377
Andel patienter med strukturerad dokumentation av alkoholvanor (%): 27/11/10/8,5
Andel patienter med riskbruk: (%): 8/9,5/6,5/0
Andel patienter med riskbruk som erbjudits åtgärd:(%) 32/0/50/0
Andel med riskbruk som fått recept på N07BB (50%) 4,5/0/9/0

Efter att åtgärderna slutförts (undersökt period: 2018-05-01- 2019-03-31)
Antal patienter med hypertoni/förmaksflimmer/depression/ångest:1199/184/337/490
Andel patienter med strukturerad dokumentation av alkoholvanor (%): 35/17/21/20
Andel patienter med riskbruk: (%): 9/8/13/9
Andel patienter med riskbruk som erbjudits åtgärd:(%) 42,5/33/44/78
Andel med riskbruk som fått recept på N07BB (50%) 5/0/0/11

På alla diagnoser har vi blivit bättre på att dokumentera strukturerat ffa gäller detta för ångest och depression där vi ser en nästan dubblering. Vi har uppmärksammat riksbruk i högre grad för alla fyra diagnoser men även här syns den tydligaste förbättringen för depression och ångest. Andel med riskbruk som erbjudits åtgärd har ökat successivt under året för alla diagnoser utom för depression. Andelen som erbjudits åtgärd har ffa ökats för förmaksflimmer och ångest. Andel som fått recept har ökat marginellt och endast på ångest. Patienter med förmaksflimmer och depression har inte fått läkemedel.

Tolkning av resultat – Diskussion – Vilka svårigheter har ni stött på? Vilka framgångsfaktorer har ni upptäckt? Hur ska enheten jobba vidare inom området?

En stor svårighet är att ansvariga för kvalitetsarbetet inte varit på plats på Vc alla dagar i veckan och inte heller på dagar för APT. Detta har krävt mycket planering för att kunna planera, driva och genomföra kvalitetsarbetet.

Framgångsfaktorer har varit att använda väntrums-TV:n eftersom alla patienter får samma information och kan ta upp ämnet med vårdgivaren. Informationen är tydlig och genomarbetad dessutom påminns all personal om denna information när vi går förbi väntrummet. Under året har vi haft flera träffar för information om kvalitetsarbetet och utbildning om alkohol, detta torde ha ökat personalens kunskap om alkohol även om vi i detta arbete inte undersökt denna fråga. Däremot ser vi att våra interventioner lett till att vi i högre grad strukturerat dokumenterar, uppmärksammar riskbruk och i högre grad erbjuder åtgärd. Andra framgångsfaktorer har varit att vi gemensamt utarbetat en lokal rutin som förankrats i personalgruppen och att vi arbetar strukturerat med alla levnadsvanor inte bara alkohol. Att vi även har kunskap om 15-metoden är definitivt en framgångsfaktor.

Eftersom antalet patienter som fått läkemedel är så få så blir dessa siffror mycket osäkra. Vi ser dock en ökning av antalet recept för ffa patienter med ångest. Indikation för läkemedlen gäller alkoholberoende och inte endast riskbruk. Beroende kan dock föreligga hos patienter med riskbruk. Användning av läkemedel är därför sannolikt underutnyttjat som stöd vid riskbruk. Patienter har ofta inte kännedom om att dessa läkemedel finns och många patienter vill inte ta fler läkemedel.

Trots ökning av indikatorn strukturerad dokumentation har vi inte uppnått målnivån på 50%. Vi har heller inte uppnått målnivån att alla med riskbruk skall erbjudas åtgärd. Antalet förskrivningar av läkemedel har ökat.

Framöver skall informationen på väntrums-TV:n kvarstå. Flera i personalen uppmuntras att gå MI-utbildning och det vore önskvärt om åtminstone ytterligare en läkare och en sjuksköterska går utbildning i 15-metoden. Den lokala rutinen bör ses över en gång/ år. Fortlöpande information om alkohol bör ske och detta kräver att vi fortsatt har avsatt tid för ansvarig sjuksköterska och läkare för att driva arbetet med levnadsvanor.