

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Familjeläkarna Saltsjöbaden	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

### 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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se) senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 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 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" 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.**

Verksamhetschef Maria Amer, [maria.amer@famlak.se](mailto:maria.amer@famlak.se)

Platschef Camilla Martin, [camilla.martin@famlak.se](mailto:camilla.martin@famlak.se)

Primärvårdschef Jonas Thun, [jonas.thun@famlak.se](mailto:jonas.thun@famlak.se)

#### 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, PrimärvårdsKvalitet, 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 målbloodtryck**

**Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke**

Familjeläkarna är bra på att arbeta i team med tydliga roller för läkare och sjuksköterskor kring patienterna. Vi har idag en bra årskontroll för KOL-patienter men ser fortsatt förbättringsområden med detektionsgraden av KOL som är lägre jämfört med snittet i region Stockholm enligt GUPS.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Familjeläkarna Saltsjöbaden	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete</b>	
Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. <b>diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....</b>	
KOL- screening, skattningsskalor	
<b>Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt</b>	
<b>T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Vi vill förbättra screeningen av KOL för att hitta sjukdomen tidigare. En tidig detektion är betydelsefull för sjukdomens prognos.</li> <li>2) Vi önskar samtidigt förbättra omhändertagandet genom att öka antalet kvalificerade rådgivningssamtal tobak. Många KOL-patienter är rökare och rökstopp är den absolut mest effektiva behandlingen. Ett rökstopp medför att den stadiga försämringen i lungfunktionen bromsas markant – vilket bidrar till väsentligt förbättrad livskvalitet</li> <li>3) Genom att implementera användningen av skattningsskala CAT på samtliga patienter med KOL-diagnos vill vi bättre kunna följa livskvalité och effekt av insatt behandling.</li> </ol>	
<b>Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>a. 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 <a href="#">verktyget fiskbensdiagram</a> för att ta fram idéer.</li> <li>b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i <a href="#">QRC:s verktygslåda</a>.</li> </ol>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>a.           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I vårt kvalitetsarbete kommer vi implementera en strukturerad rutin för användning av COPD-6 mätare. Där alla patienter som röker eller är tidigare rökare och över 40-år skall screenas.</li> <li>2) Erbjuder fördjupade rådgivande samtal till samtliga patienter med KOL som röker samt för alla sökande patienter som screenas med COPD-6 mätare.</li> <li>3) Bygga journalmallar som gör att vi kan följa användning och dokumentation av våra skattningsskalor</li> </ol> </li> </ol>	

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Familjeläkarna Saltsjöbaden	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

b.

För patienterna är det viktigt att vi kan se och följa den upplevda livskvalitén. Ett sätt som gör att vi bättre kan utvärdera insatt behandling. Patienterna involveras mer genom att fylla i skattningsskalor.

**Steg 5 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 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> <b>(% eller antal)</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med utförd årlig spirometri(Medrave)	67%	190101	100%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Skattningsskalor(Medrave)	22%	190101	100%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>	Detektionsgrad KOL(GUPS)	62%	190101	Över 75%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>	Andel rökare med KOL-diagnos som erhållit Kvalificerat rådgivande samtal tobak(Medrave)	31%	190101	100%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>					<b>20191231</b>

**Kommentar (valfritt):**

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Familjeläkarna Saltsjöbaden	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

**Steg 6 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 husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

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

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Familjeläkarna Saltsjöbaden	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

## 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.

Genom regelbundna möten och återkoppling har det skapats en teamkänsla med förståelse för rutiner samt en ständig strävan till att förbättras.

Medrave har fungerat som ett bra verktyg för tydlig återkoppling

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med utförd årlig spirometri(Medrave)	67%	190101	100%	72%	200331
<b>Indikator 2</b>	Skattningsskalor(Medrave)	22%	190101	100%	82%	200331
<b>Indikator 3</b>	Detektionsgrad KOL(GUPS)	62%	190101	Över 75%	65%	200331
<b>Indikator 4</b>	Andel rökare med KOL-diagnos som erhållit Kvalificerat rådgivande samtal tobak(Medrave)	31%	190101	100%	67%	200331
<b>Indikator 5</b>						

**Övriga kommentarer:**

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn

Familjeläkarna Saltsjöbaden

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi noterar att vi inte nått målen på Detektionsgraden samt fördjupade rådgivande samtal tobak samt skattningsskala CAT.

Vår analys visar att diagnossättningen måste förbättras i verksamheten. Genom att regelbundet förnya kroniska diagnoser vid besök i vården förbättrar vi diagnossättningen och vår detektionsgrad. Patienterna hittas därmed lättare och hamnar inte mellan stolarna.

Gällande fördjupade rådgivande samtal så ser vi en förbättring men här behöver vi arbeta med dokumentationen.

För CAT-skalan ser vi en kraftig förbättring men när ej målen . Vi fortsätter att följa arbetet för att nå målet 100% under 2020.

**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?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1.

Fördelar med ett fungerande flöde samt vikten av att alla använder framtagna journalmallar.

Viken av att förnya diagnoser samt att göra regelbundna kontroller

Gör man en copd-6 mätning på personer som röker men ännu ej fått diagnos KOL ökar vi möjligheterna till tidig diagnos vilket är av stor betydelse för prognosen för KOL- sjukdomen.

2.

Genom kvalitetsarbetet har patienterna erhållit en tydlig information om teamarbetet där kvalitén har stort behov av patientens förståelse och engagemang.

Genom rökavvänjningsfrågor samt övriga livsstilsfrågor via motiverande samtal har patienterna tydligt engagerats.

3.

Fortsatt screening av patienter över 40 år som röker med COPD-6 mätare . Med tidig diagnos kan vi förbättra prognosen med tidigt insatt behandling och rökstopp.

Förstärkning med mera insatser från vårt rehab-team med dietist och fysioterapeuter.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Familjeläkarna Saltsjöbaden	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)

4.  
Medrave, Gups

**D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2  
t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.hsf@sl.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sl.se)