

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hässelby vårdcentral	
Verksamhetschef Åsa Petersson	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 forbatteringsarbeten.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.

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.

Maria Persson Bitr verksamhetschef - maria.a.persson@sll.se

Caroline Silfver ST-läkare

Arthiha Santhan ST-läkare

Imad Nemer Specialist i allmänmedicin

Ali Hirad Specialist i allmänmedicin

Cristina Biri ST-läkare

Pia Löf sjukskötersk

Sara Yström sjuksköterska

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 målblodtryck

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

Den diagnosgrupp som är vanligast förekommande på vårdcentralen är patienter med hypertoni, denna diagnosgrupp ökar för varje år. Om dessa patienter inte erhåller adekvat behandling av sitt blodtryck och/eller förstår innebörden om hur viktigt det är att ta sin ordinerade medicin ökar risken markant för framtida komplikationer som hjärt-kärl händelser. Forskning visar det att förutom optimal medicinering är livsstilen (rökning, kost, motion, stress) en påverkansfaktor för patientens mående och livskvalitet. Att regelbundet minst en gång/år träffa samma behandlande läkare (kontinuitet) för kontroll av sin hypertoni torde öka förutsättningarna för optimal medicinering. Utifrån Medrave4 ser vi att andelen patienter som når målblodtryck < 140/90 fortfarande ligger på 53% vilket är under målet för 2018 (55%).

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hässelby vårdcentral	
Verksamhetschef Åsa Petersson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Det vi inte är så bra på och kan förbättra är att arbeta vidare med läkarkontinuitet i patientkontakten (en ansvarig läkare ska finnas dokumenterad i journalen) förutom detta är patientens delaktighet av sin sjukdom och behandling ett stort och utmanande förbättringsområde. Vidare kan vi förbättra att all personal får regelbunden utbildning av diagnosen hypertoni dess behandling och vad som är vårt ansvar inom primärvården. Under förra året hade vi brist på läkare vilket var ett hinder för uppföljning, behandling och kontinuitet för patienter med hypertoni att uppnå målblodtryck. Ansvarig läkare för kvalitetsprojektet (hade bara möjlighet att arbetade ca 5% med detta under senare delen av 2018) identifierade under 2018 en brist när det gällde vårt sätt att förskriva läkemedel till patienter med kroniska diagnoser vilket utmynnade i en ny rutin som vi vill förankra hos läkare och sjuksköterskor för att implementeras under 2019.

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.....**

Hypertoni – del 2 (2019)

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

Arbeta för ett optimalt patientomhändertagande med fokus på patientens delaktighet, utbildning av personal samt ökad personalkontinuitet till patienten för att därigenom öka andelen som når målblodtryck < 140/90 samt minska risken för framtida komplikationer som stroke eller andra hjärt-kärlhändelser.

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

- 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](#).

- Öka patientens delaktighet, förståelse, och egenansvar för sin hypertoni och dess behandling. (Många patienter sätter själv ut medicineringen för de upplever att de mår bra men förstår inte att detta agerande på sikt innebär ökad risk för komplikationer). Vi vill utarbeta ett undervisningsmaterial för patientundervisning till diagnosgruppen hypertoni. Målet är att erbjuda undervisning till hypertoniker minst 1 gång/månad för ca 10-15 patienter/tillfälle. Efter utbildning ska patienten fylla i en utvärderingsenkät som vi ska också ska utarbeta.
- Undervisa all personal regelbundet, minst 2 ggr/termin angående hypertoni, behandling journalföring –rätt dokumentation och primärvårdens ansvar. Förhoppningen är att genom ökade kunskaper ska personalen erbjuda adekvata åtgärder, behandling men även prevention.
- Införa riktad årlig uppföljning av hypertoniker till namngiven läkare. Planen är att det ska organiseras som ”hypertoniveckor”, ca 2-4 hela veckor/termin dit patienten kallas till ett team av läkare och sjuksköterskor. Det blir ca 5-6 läkare som ansvarar för dessa veckor.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hässelby vårdcentral	
Verksamhetschef Åsa Petersson	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 snabbspirometrier 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...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal Hypertoni patientundervisning tillfällen	0 tillfällen	Aug 2019	Ca 8 tillfällen	20200316
Indikator 2	Undervisning i Hypertoni och dess behandling till all personal	0 tillfällen	Aug 2019	2 ggr/ter min	20200316
Indikator 3	Öka andelen hypertoniker som når målblodtryck < 140/90	53%	17/3-2019	60%	20200316
Indikator 4	Öka andelen läkemedelsbehandlade hypertoniker som behandlas med a) 1 läkemedel b) 2 läkemedel c) 3 eller fler läkemedel	a) 695 b) 718 c) 580	17/3-2019		20200316
Indikator 5	Minska andelen hypertoniker som saknar ett dokumenterat blodtryck i journalen trots att de varit på besök på VC under året.	4,7%	17/3-2019	2%	20200316

Kommentar (valfritt):

Vår intention är att under 2019 strukturerat planera för att kunna genomföra ovanstående då bemanningen på VC har förändrats till det bättre. Vi tänkte regelbundet ge feedback till personal ang. utvärderingsparametrar på APT. Vår förhoppning är att vårt arbete ska öka delaktighet hos patienter och personal som ska ge säkrare vård, ökad patientnöjdhet och förbättrad arbetsmiljö med ett tydligt strukturerat omhändertagande av vårdcentralens hypertoniker. Bieffekter kan vara kostnadsökning genom att blodprovstagning ökar då patienter kallas för uppföljning och kontroll men samhällsekonomisk torde det ge vinst.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hässelby vårdcentral	
Verksamhetschef Åsa Petersson	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.

- a. Vi har utarbetat ett material för patientundervisning som har testats vid ett tillfälle med gott resultat på utvärderingsenkät. Dock har det visat sig svårt att boka in patienter till dessa undervisningstillfällen, antingen för att vårdpersonal inte tillfrågat patienten om intresse vid besöket eller för att patienten tackar nej. Vi har testat ett par olika sätt att få ut information om att undervisningstillfällen erbjuds, t ex skyltar i väntrum med datum för kommande tillfällen och hur intresserade patienter kan boka in sig, även informationsblad har delats ut. Trots detta har vi inte fått några bokningar till undervisningstillfällena. Vi kommer fortsätta söka former för nå ut till hypertonierna med patientundervisning.
Förutom patientundervisning har en ST-läkare under året gjort sitt VESTA-arbete kring hypertoni-patienter och deras följsamhet till ordinerad behandling, samt hur pass välinformerade de upplever sig vara gällande hypertoni och varför det är viktigt att behandla.
- b. All personal har informerats och undervisats angående Kvalitetsarbetet på vårdcentralens planeringsdag hösten 2019. Förutom detta har all personal regelbundet under året uppdaterats i hur kvalitetsarbetet fortskrider på APT-möten (Bilaga 1). Läkargruppen har informerats och undervisats vid ett tillfälle. Regelbundet under året har läkarna påmint och undervisats vid läkarmöten om detaljer som t ex att använda rätt journalmall och vikten av att använda rätt sökord eller andra frågeställningar allteftersom de dykt upp. För övrig personal har det ännu inte blivit något ytterligare undervisningstillfälle, men det planeras framöver att ske på mer regelbunden basis.
- c. Vi har två år i rad testat med "hypertoniveckor" på vårdcentralen där ett antal läkare enbart tar emot hypertoni-patienter för årskontroll. Några månader innan dessa veckor går vi (hypertonimottagningens sjuksköterskor och ansvariga läkare) igenom "grå tårtbiten" från Medrave 4 för att se vilka patienter som har en hypertoni-diagnos men inte har varit på VC på över ett år. Dessa patienter kallas i första hand för årlig uppföljning på dessa veckor. Även patienter som ringer för sina årliga kontroller bokas på dessa tider. Vi kommer att jobba på liknande sätt framöver men har nu även på försök börjat med en väntelista för hypertoni-patienter för att underlätta för sjuksköterskor i telefon. När patienten ringer för receptförnyelse kan sjuksköterskan snabbt se när det är tänkt att patienten ska komma på sitt nästa besök och om det vid detta besök ska tas ett EKG/blodprover före så att det kan planeras redan vid bokning och sedan finns klart vid själva besöket. Mottagningens sjuksköterskor har ökat sin kunskap gällande handläggning av denna diagnosgrupp. Tidigare kunde patient som inte varit på hypertoni-kontroll hos en läkare på flera år ringa för förnyelse av recept, men nu bokas dessa patienter automatisk upp av mottagningens sjuksköterskor för ett läkarbesök där de förbereds med provtagning m.m. innan besöket på vårdcentralen. Hypertonimottagningens sjuksköterskor arbetar strukturerat för att följa upp patienter med hypertoni, de bistår och kompletterar läkare med besök till sjuksköterska för tex uppföljning av blodtryck, livsstilsfrågor och hur medicineringen fungerar samt ställningstagande till dosändringar.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hässelby vårdcentral	
Verksamhetschef Åsa Petersson	Aktnummer (ifylles av HSF)

--

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
Indikator 1	Antal Hypertoni Patientundervisnings tillfällen	0 tillfällen	Augusti 2019	8 tillfällen	1 tillfälle (ytterligare 3 planerade, men inga patienter bokade)	20200316
Indikator 2	Undervisning i hypertoni och dess behandling till all personal	0 tillfällen	Augusti 2019	2 ggr/termin	1 tillfälle för läkare(+kont inuerligt vid frågor)	20200316
Indikator 3	Öka andelen hypertoniker som når målblodtryck <140/90	53%	17/3-19	60%	55%	20200316
Indikator 4	Öka andelen läkemedelsbehandla dehypertoniker som behandlas med a) 1 läkemedel b) 2 läkemedel c) 3 läkemedel	a) 695 b) 718 c) 580	17/3-19		a) 768 b) 801 c) 629	20200316
Indikator 5	Minska andelen hypertoniker som saknar ett dokumenterat blodtryck i journalen trots att de varit på besök på VC under året.	4,7%	17/3-19	2%	4,2%	20200316

Övriga kommentarer:

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hässelby vårdcentral	
Verksamhetschef Åsa Petersson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Antalet patienter med en hypertoni-diagnos har under denna period (17/3 2019 – 16/3 2020) ökat från 2121 till 2403, alltså en ökning med ca 13%, vilket kan spela in i att våra siffror inte har förbättrats så mycket som vi siktade på.

(Data ur Medrave 4 2020-03-31 visar att vårdcentralen nu har 2507 patienter med hypertoni-diagnos!!)

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. Att förändring verkligen behöver tid för att etableras, för att resultat av genomförda förändringar ska synas, bli ett hållbart arbetssätt och kunna utvärderas. Att olika patientgrupper behöver olika sätt att motiveras till undervisning som är till för deras egen skull, det verkar som att vi inte har hittat rätt sätt ännu men vi jobbar vidare på det. Viktigt är också att de personer som håller i förbättringsarbetet inte ger upp utan fortsätter att motivera (ge feedback) till kollegor att jobba med projektet för att det ska bli ett optimalt hållbart patientsäkert arbetssätt, detta genom att kontinuerligt visa resultat, förbättringsåtgärder samt ge feedback vad som inte fungerar och måste åtgärdas.

2. Det undervisningstillfälle som blev av gav en del feedback gällande innehållet i föreläsningen och hur det kan justeras för att lättare förstås av framtida deltagare. Det VESTA-arbete som gjordes under 2019 visade att de patienter som tillfrågades gällande upplevd informationsgrad skattade högt, alltså att de upplevde sig välinformerade om sitt tillstånd och vikten av följsamhet till behandling.

3. Planen framåt är att fortsätta med sjuksköterskeledd hypertoni-mottagning och hypertoni-veckor samt att vi även börjar jobba mer med väntelistor. Ambitionen är att fortsatt erbjuda ett antal undervisningstillfällen per termin för såväl patienter som personal, vi behöver bara hitta rätt metod att få (ffa patienterna) att bokas till dessa tillfällen. Sjuksköterske-ledd hypertoni mottagning skapar stabilitet för patienterna, struktur och gagnar ett optimalt hållbart patientsäkert arbetssätt.

4. Medrave 4 har varit mycket användbart för att följa den statistiska förändringen, som en feedback till all personal gällande vilken effekt och utveckling de förändringar vi gör har medfört till verksamheten.

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@sll.se