

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kallhälls Nya Vårdcentral	
Verksamhetschef Mats Boström	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.

Björn Skoglund, bjorn.skoglund@knvc.se, skoglund.bjorn@gmail.com

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

a. Vi har för närvarande knappt 16000 listade patienter, med en stor bredd avseende ålder, sjukdomsburda och utbildningsnivå och socialgrupp. Våra stora patientgrupper avspeglar väl de stora folksjukdomarna i övriga samhället, med stigande åldrar och åtföljande sjukdom med större behov av divers medicinska och omvårdande insatser och framförallt ett behov av helhetsgrepp och avvägningar mellan nytta respektive risker med insatser. Vi hade under 2018-04-01 till 2019-03-31 1624 patienter med hypertoniidiagnos.

b. Vi har en bra kultur med helhetssyn och en stadig kader av specialistläkare och övrig personal på mottagningen som ofta känner sina patienter och har haft möjlighet att följa dessa över tid. Vad vi

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Kallhälls Nya Vårdcentral

Verksamhetschef
Mats Boström

Aktnummer (ifylles av HSF)

bland annat skulle kunna förbättra är att mer systematiskt och strukturerat följa upp och registrera att varje patient med kronisk sjukdom, i detta fall hypertoniker, kommer på sin årskontroll och uppnår rekommenderade målnivåer på blodtrycket, naturligtvis avvägt mot övriga faktorer såsom ålder, övriga sjukdomar, etc. Antal hypertoniker med uppmätta blodtrycksnivåer under ovan period: 89 % Antal med uppmätta värden för kreatinin respektive p-glukos var 82 respektive 78 %. Dessa mått avspeglar en miniminivå på årskontroll som vi anser att alla patienter bör få genomgå. Antal hypertoniker med senast registrerade BT på rekommenderade nivåer var 38 %, till del på grund av avrundning vid registreringen.

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 har valt att jobba med hypertoni.

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

Vårt övergripande mål är att de patienter som går hos oss för hypertoni genomgår minst en årskontroll. Som surrogatmätt på detta övergripande mål har vi valt att minst 96 % av alla patienter med hypertoni diagnos skall ha ett registrerat uppmätt blodtryck under året. Vidare att 90 % av dessa patienter skall ha ett registrerat kreatinin och blodsockervärde. Anledningen till den lägre ambitionsnivån avseende detta är att en del av våra patienter lämnar blodprover via andra laboratorier och exempelvis företagshälsovården och därför inte kommer in i vår laboratoriemodul för mätning. Slutligen avser vi att uppnå en måluppfyllnad för nationella riktlinjer för blodtrycksnivåer på 60 %, vilket skulle placera oss i toppen för måluppfyllnad i SLL. Detta värde är satt med hänsyn bland annat till vår blandade patientgrupp med många mycket gamla patienter och polyfarmaci med biverkningsproblematik.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Kallhälls Nya Vårdcentral

Verksamhetschef
Mats Boström

Aktnummer (ifylles av HSF)

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

- 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 [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.
- b. 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](#).

- a. a. Lyfta nationella riktlinjer för blodtrycksnivåer på enheten. Ta upp på varje APT under året för att följa upp och uppmärksamma om vi ligger efter i vårt mål.

b.

b. Det är viktigt för patienterna att de förstår poängen med att behandla hypertoni (minska risken för följsjukdomar) och varför riktvärdena sätts, så att de kan känna sig delaktiga i den medicineringsprocessen och varför.

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	Andel hypertoniker med uppmätt blodtryck	89 %	2019-03-31	96	20191231
Indikator 2	Andel hypertoniker med uppmätt kreatinin	82 %	2019-03-31	90	20191231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kallhälls Nya Vårdcentral	
Verksamhetschef Mats Boström	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 3	Andel hypertoniker med uppmätt blodsocker	78 %	2019-03-31	90 %	20191231
Indikator 4	Andel hypertoniker som uppnår nationellt satta måltryck	38 %	2019-03-31	60 %	20191231
Indikator 5					20191231

Kommentar (valfritt):

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: forbattringsarbeten.hsf@sl.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kallhälls Nya Vårdcentral	
Verksamhetschef Mats Boström	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.

Innan arbetet inleddes för hela verksamheten presenterades vår plan inom läkargruppen, och det bereddes möjlighet till input och justeringar av genomförandeplanen.

Vi har vid starten av arbetet gått igenom syftet med förbättringarna och hur de skall genomföras med alla medarbetare på APT-möte. Vidare har en uppföljning i storgrupp skett vid 2 tillfällen där vi har påmint om det arbete som fortgår och berättat om det då aktuella siffrorna. Varje läkare har, i två omgångar, tilldelats patienter (baserat på listning och senaste besök som gällde hypertoni) som ej har uppfyllt de delmål vi har siktat på och det har varit den läkarens ansvar att kalla patienten och/ eller se till att de delmål vi siktat på har uppfyllts.

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	Start-läge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	Andel hypertoniker med uppmätt blodtryck under mätperioden	89 %	20190331	96 %	90 %	20200127
Indikator 2	Andel hypertoniker med uppmätt kreatinin	82 %	20190331	90 %	86 %	20200127
Indikator 3	Andel hypertoniker med uppmätt blodsocker	78 %	20190331	90 %	73 %	20200127
Indikator 4	Andel hypertoniker som uppnår målvärde för blodtryck	38 %	20190331	60 %	49 %	20200127

Kallhälls Nya Vårdcentral

Verksamhetschef
Mats Boström

Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 5

Övriga kommentarer:

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. Vi har inte nått de delmål vi siktade på vid starten av arbetet. En lärdom från arbetet och det något nedslående resultatet är att det kommer behövas mer och tätare uppföljning och kontroll av att de uppgifter som våra kollegor anförtros genomförs. Vi har vidare uppmärksammat en alltför stor spridning i hur arbetet med våra hypertoni-patienter utförs på vårdcentralen, och det har varit en viktig lärdom för framtida kvalitetshöjande insatser. Det har i sin tur redan lett till mer systematiska och återkommande genomgångar och interna jämförelser av exempelvis mönster för laboratoriebeställningar och diagnossättning.

2. En del i kvalitetsarbetet har varit att för våra patienter lyfta de nationella mål för blodtryck som finns och även de övriga riskfaktorer som ofta kan följa med ett högt blodtryck. I dialog med patienterna skulle vi sedan lättare tillsammans nå våra mål. Det har i detta arbete varit viktigt att få ta del av patienternas syn på sin medicinering och diagnos. Detta har emellertid varit något som skett mellan patient och behandlande läkare så det har vi inte kunnat följa på ett systematiskt vis, än mindre kunnat redovisa i kvalitetsarbetet som sådant.

3. Vi har uppenbarligen relativt långt kvar till de, möjligen något ambitiösa, mål vi satte i början av arbetet. Vi upplever inte att det var en bristande förståelse för målen, eller hur vi skulle nå dem bland våra medarbetare. Vi planerar nu att ta detta arbete som avstamp för att fortsatt stärka upp resultaten för denna viktiga och stora patientgrupp. Mer konkret innebär det att ett nytt kvalitetsarbete inom samma område planeras för 2021. Inför detta har vi skaffat oss en bättre insikt i hur spridningen inom verksamheten ser ut, och hur viktigt det är med mycket tätare kontroller och uppföljningar av de uppgifter som läggs på individuella läkare och sköterskor. Den läkare som tilldelas uppgifter inom ramen för kvalitetsarbetet skall således få redogöra för och återkoppla till huvudansvarig för kvalitetsarbetet hur dennes lista åtgärdats. Vi behöver också påminna alla medarbetare om att alla patienter med kroniska sjukdomar skall ha ett kontrollbesök minst en gång per år. Detta är något vi har som rutin sedan länge, men som behöver bättre efterlevnad. Vidare skall vi vid nästa kvalitetsarbete först genomföra ett pilotprojekt med en variabel under ett par månader, för att se att förbättring sker där, innan vi utvidgar till fler variabler som vi kan arbeta med under resten av året.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Kallhälls Nya Vårdcentral

Verksamhetschef
Mats Boström

Aktnummer (ifylles av HSF)

4.
Medrave, SBU, Viss.nu

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