

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Björn Stridh/ Helena Toomson från 31 mars 2020	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 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 [QRc: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.

Emma Söderström (distriktsköterska), Amanda Buncic (undersköterska), Ida Lundin (sekreterare), Pernilla Åhlfeldt (receptionen) Elisabeth Wolpert (PhD, spec. i allmänmedicin), Gunn-Eli Wika (spec. i allmänmedicin, gunn.jorgensen-wika@sll.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 målblodtryck

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

Kista Vårdcentral har knappt 14000 listade patienter, CNI värde 3,82. Inför årets förbättringsarbete genomfördes en 5-P analys på Kista VC.

- VC's stora patientgrupper finns inom hypertoni, diabetes, astma/KOL och ångest/depression. Patienter över 65 år står för 25 % av akuta besök och knappt 50 % av planerade besök. 38 % av besöken är oplanerade, 62 % planerade. I patientenkäten 2018 får Kista VC dåligt utfall på kontinuitet medan emotionellt stöd skiljer sig ut positivt, jämfört med övriga VC i primärvården.
- Vi har bra diabetesrutiner och patienter med diabetes ligger bra till i HbA1c jämfört med andra VC. En rehab-koordinator underlättar och förbättrar arbetet kring sjukskrivna patienter men vi behöver förbättra och strukturera upp vårt arbete kring dessa patienter. När det gäller hypertoni-patienter ligger nästan 40-60 % (beroende på källa) $\geq 140/90$. 13-20 % av patienterna ligger på exakt 140/90. Det framgår också av analysen att vi inte lyckats diagnosticera patienter

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Björn Stridh/ Helena Toomson från 31 mars 2020	Aktnummer (ifylles av HSF)

med fetma och KOL, trots att övervikt och rökning och är kända hälsoproblem i vårdcentralens upptagningsområde. 1,9 % av vårdcentralens patienter (165 personer) hade diagnosen fetma under 2018. Samtidig hade 222 hypertoni-patienter registrerad BMI \geq 30, alltså fetma. När det gäller rökning har 76 % av Kista VC's hypertoni-patienter blivit tillfrågade om rökning och 10 % röker. Prevalensen av KOL är lägre för Kista VC's patienter jämfört med genomsnittet i Stockholm och Sverige, trots att fler röker.

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

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 förbättra omhändertagandet av våra hypertoni-patienter. Det är viktigt för att minska risken för stroke, njursvikt och andra komplikationer.

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](#).

- Uppdaterade riktlinjer för hypertoni.
Tydligt flödesschema för hypertoni-rutiner.
Utbildning av personalen både på APT och separata möten med reception, usk/ssk och läkare.
Information på väntrumms-TV om möjlighet att väga och mäta sig i väntrummet.
Kassan informerar om möjlighet att väga och mäta sig i väntrummet.
Regelbunden uppdatering av arbetet på APT, och siffror kommer att följas minst 1 gång i månaden.

- Det har genomförts två patientintervjuer, ett med en svensktalande man f-51 och ett med en kvinna f-75 med vissa språksvårigheter och följande önskemål framkom:

Kontinuitet, framförallt att få träffa samma läkare.

Bra bemötande i kassan.

Hjälp med att boka tid när man har språksvårigheter och kommer till kassan och frågar om hjälp.

Önskemål om att inte bli ifrågasatta när de tar kontakt med vårdcentralen via telefon.

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Björn Stridh/ Helena Toomson från 31 mars 2020	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 patienter med målblodtryck <140/90.	47 %	01 jan 2019	60%	20191231
Indikator 2	Andel patienter med blodtryck =140/90.	15 %	01 jan 2019	12%	20191231
Indikator 3	Andel blodtryckspatienter som fått registrerat U-albumin.	59%	01 jan 2019	75%	20191231
Indikator 4	Andel blodtryckspatienter som fått BMI registrerad.	57%	01 jan 2019	75%	20191231
Indikator 5	Andel blodtryckspatienter som blivit tillfrågade om rökning.	75%	01 jan 2019	85%	20191231

Kommentar (valfritt):

Indikatorerna ovan kommer att följas minst varje månad.

Vi kommer också att följa ytterligare indikatorer för att kunna mäta effekten av de förändringar vi genomför i våra processer:

Indikator 6: Antal patienter som väger och mäter sig efter information från kassan. Följs veckovis.

Indikator 7: Antal patienter som väger och mäter sig efter fråga från usk/ssk i samband med drop-in kontroll för mätning av blodtrycket. Följs veckovis.

Indikator 8: Antal patienter på väntelistan för levnadsvanor (VL levnadsvanor) kommer också att följas eftersom det förväntas vara ett balanserande mått. Nuläge (23 april 2019): 16 patienter.

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@sll.se

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Björn Stridh/ Helena Toomson från 31 mars 2020	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

Nya riktlinjer har utarbetats på vårdcentralen baserat på riktlinjer i VISS. Vi har sedan förtydligat riktlinjerna för att underlätta vid uppföljning hos usk/ssk. Läkare, sjuksköterska och undersköterska var delaktiga i denna process. Uppdaterade lokala riktlinjer i färg finns i blädderblock på alla rum.

Personalen har under hela 2019 informerats med föreläsningar, information från informationsapotekare och även påminnelse i samband med planeringsmöten, APT och läkarmöten. Personalen involverades i att utforma förbättringsidéer genom en 15-minuters gemensam workshop där ett fiskbensdiagram användes för att dela upp och sortera alla idéer. Förbättringsgruppen använde en pick-graf tabell för att prioritera mellan olika förbättringsidéer.

Vi försökte genomföra mätning av vikt och längd samt registrering av rökning via receptionen och hos undersköterska i samband med 24 t ABTM. Det framkom snabbt att vi inte lyckades registrera många patienter via information i receptionen och vi avslutade denna mätning. Registreringen hos usk fortsatte under hela året.

Gruppen har utarbetat nya och uppdaterade kallelser för både läkarbesök och hypertontroller hos distriktsköterska och det bifogas broschyr i levnadsvanor. Ansvarig distriktsköterska har intervjuat patienter för att få återkoppling på den kallelsen.

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	Andel patienter med målblodtryck <140/90.	47 %	01 jan 2019	60 %	55 %	30 dec 2019
Indikator 2	Andel patienter med blodtryck =140/90.	15 %	01 jan 2019	12 %	11 %	30 dec 2019
Indikator 3	Andel blodtryckspatienter som fått	59 %	01 jan 2019	75 %	67 %	30 dec 2019

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Björn Stridh/ Helena Toomson från 31 mars 2020	Aktnummer (ifylles av HSF)

	registrerat U-albumin.					
Indikator 4	Andel blodtryckspatienter som fått BMI registrerad.	57 %	01 jan 2019	75 %	58 %	30 dec 2019
Indikator 5	Andel blodtryckspatienter som blivit tillfrågade om rökning.	75%	01 jan 2019	85%	75%	30 dec 2019

Övriga kommentarer:

Indikator 6: Antal patienter som väger och mäter sig efter information från kassan. Följs veckovis. Denna indikator följdes endast 2 veckor eftersom det inte fungerade för receptionen att informera alla patienter.

Indikator 7: Antal patienter som väger och mäter sig efter fråga från usk/ssk i samband med drop-in kontroll för mätning av blodtrycket. Följd veckovis.

Indikator 8: Antal patienter på väntelistan för levnadsvanor (VL levnadsvanor) kommer också att följas eftersom det förväntas vara ett balanserande mått. Nuläge (23 april 2019): 16 patienter. 30 dec 2019 stod det 6 patienter på väntelistan.

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.
Det var viktigt att ha regelbundna möten. Progressionen i arbetet försämrades påtagligt under sommaren när vi inte hade möten.
Det var värdefullt att ha med flera professioner i kvalitetsgruppen eftersom vi hade olika erfarenheter.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Björn Stridh/ Helena Toomson från 31 mars 2020	Aktnummer (ifylles av HSF)

2.

Vi har intervjuat patienter och frågat om deras åsikter och erfarenheter av besöket på vårdcentralen och även vad de tycker om den nya kallelsen. Vi upplevde att det var ganska svårt att lyckas involvera patienter. En del patienter uteblev eller avbokade tiden och när det var läkare som var intervjuare så blev det fel fokus på samtalet eftersom patienten kunde ta upp önskemål om läkaråtgärder trots att det inte var patientansvarig läkare som intervjuade patienten.

3.

Vi kommer fortsätta det påbörjade arbetet i hypertonigruppen och utvärdera de ändringar som har gjorts. Vi fortsätter också att följa indikator 1-5 framöver. Införandet av nya kallelses har skett som ett resultat av 2019 års kvalitetsarbete. Det har varit svårt att genomföra ändringar i rutiner som påverkade indikatorer inom levnadsvanor men mot slutet av året kunde vi observera en försiktig tendens till förbättring gällande registrering av BMI. Bristande registrering kan vara en orsak till siffrorna för indikator 5, andel tillfrågade om rökning. Arbetet kring levnadsvanor pågår kontinuerligt och kommer även i fortsättningen vara integrerad med övriga kvalitetsgrupper, som astma/KOL och levnadsvanor.

4.

Medrave.
Primärvårdskvalitetet.

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 forbattringsarbeten.hsf@sl.se