

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	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](mailto: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](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.**

Gustaf Jonstam, ST-läkare – [gustaf.jonstam@sll.se](mailto:gustaf.jonstam@sll.se)  
Karin Kvarnind och Eva Olsson, distriktssköterskor  
Jeanette Blomqvist, verksamhetschef

#### 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**

Vi är bra på att behandla våra förmaksflimmerpatienter med antikoagulantia (ca 83%). Våra diabetiker når HbA1c <52 mmol/mol i samma utsträckning som genomsnittet för Region Stockholm och riket. Däremot är andelen diabetiker med blodtryck <140/85 klart lägre än genomsnittet både i Region Stockholm och riket, ca 44% mot 56% enligt NDR. Här finns tydlig förbättringspotential.

#### Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa**, annat.....

Vi vill förbättra blodtrycksbehandlingen för våra diabetiker.

**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 uppnå att en större andel av våra diabetiker når blodtryck <140/85. Till att börja med vill vi bli lika bra som genomsnittet för Region Stockholm, alltså gå från dagens till 44% till åtminstone 56%. Blodtryck är en mycket viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom, inte minst hos diabetiker.

**Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)**

- 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 [ORC:s verktygslåda](#).

a.

Våra diabetiker kallas till läkare och diabetessjuksköterska en gång per år. För att effektivare kunna behandla och följa patienter med förhöjda blodtrycksvärden kommer vi skriva en rutin för en blodtrycksmottagning driven av distriktssköterskor. Vid förhöjda värden ska patienter kunna bokas till sköterskemottagningen där läkemedel ska kunna trappas upp till en måldos definierad av ansvarig läkare.

b.

Uppföljning med bokad besök hos diabetessjuksköterska betonar vikten av blodtrycksbehandlingen. Många patienter har egna blodtrycksmätare och ska kunna få tydliga instruktioner kring mätning i hemmet vilket stärker patientens delaktighet vården.

**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...**

Indikatornamn T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 1</b>	Antal uppföljande blodtrycksbesök hos dsk/månad	-	190501	50 besök	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Antal uppföljande besök där det läkare ordinerat upptitrering av LM		190501	30 ordinationer	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med blodtryck <140/85	44%	190316	56%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>					<b>20191231</b>

**Kommentar (valfritt):**

Då vi inte har någon liknande rutin i nuläget går det inte att säga något tydligt startläge för indikator 1 och 2.

Vi planerar att följa ovan nämnda indikatorer månadsvis. För indikator 1 och 2 förväntar vi oss att se tidiga resultat, alltså att patienter börjar bokas för uppföljning och att det finns en ordination. För vårt huvudmål, alltså indikator 3, förväntar vi oss att se skillnad först efter ett antal månader.

De flesta patienter förväntar vi oss plocka upp vid årskontroller vilket vi sällan har under semestertid varför detta kan tänkas fördröja resultaten något ytterligare. Eftersom den period vi har på oss understiger ett år kommer inte heller alla diabetiker hunnit vara på besök innan slutdatum.

**Vilka källor tar ni era data från:**

**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](mailto:forbattringsarbeten.hsf@sll.se)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	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.

Vi testade i liten skala att försöka följa ny rutin som vi skrev om i del 1 och till viss del kunde det implementeras men det var svårt att hitta och följa en rutin där vi kunde räkna antalet uppföljande blodtrycksbesök hos dsk/månad samt antal uppföljande besök där läkare ordinerat upptitrering av läkemedel.

Vi ändrade därför inriktning gjorde en rutin kring hur vi hanterade höga blodtrycksvärden hos våra diabetiker. Vi blev mer uppmärksamma att följa blodtrycket vid varje kontakt samt öppnade en sköterskeledd hjärt-kärlmottagning. Började även kalla de diabetiker som visade höga blodtrycksvärden på extra besök förutom på de vanliga årskontroller de går på.

### 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>	Antal uppföljande blodtrycksbesök hos dsk/månad	-	190501	50 besök	-	-
<b>Indikator 2</b>	Antal uppföljande besök där det läkare ordinerat upptitrering av LM	-	190501	30 ordinationer	-	-
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med blodtryck <140/85	44%	190316	56%	50%	2020-03-31
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

### Övriga kommentarer:

Vi kommer inte kunna ge ett resultat för varken indikator 1 eller 2 då vi insåg att det inte var görligt med ändrat arbetssätt. Vi fokuserade istället på att öka indikator 3. Vi har ökat andel patienter med blodtryck <140/85 från 44% till 50% men är fortfarande en bit från målet på 56%. Behöver jobba vidare med det.

### C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
  - 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?
  - Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
  - Vilka datakällor har varit användbara för er?
- Vi har lärt oss att det är svårt att ändra rutiner om man inte får med sig de olika funktionerna. Det blir då istället en produkt som några få personer försöker driva. Vi var tvungna att hitta en helt ny rutin vilket inte blev implementerat som vi tänkt oss. Vi har lärt oss att hitta arbetssätt som är görligt och som är möjligt att implementera.
  - På besöken har vi involverat patienten mer för att öka förståelsen och vikten av ett lägre blodtryck. Tanken framåt är att ha gruppbesök där man bjuder in patienter och har föreläsning både av diabetessköterska, hjärt-kärl och läkare. Vi har inte kommit i gång med det än. Gruppbesök och föreläsning har vi haft kring förmaksflimmer med god effekt. Dialog har förts hur det ska vara möjligt men ambitionen är fa i ledningsgruppen och inte så högt intresse bland övriga medarbetare.
  - Behöver lägga mer ansvar till funktionerna diabetessköterska och hjärt-kärlmottagningen i samverkan med läkargruppen. Även fortsätta tanken kring föreläsning i gruppform. Just nu är det dock inte läge pga smittrisk gällande covid-19 utan det får bli enskilda besök. Vi behöver hitta en bättre struktur på hur vi hittar och hanterar patienterna som ligger för högt i sitt blodtryck samt hur vi följer upp ändrad medicinsk behandling. Det räcker inte med att ha årskontroller utan man måste göra bättre individuella bedömningar. Följa upp patienterna bättre än vi gjort och inte släppa förrän man är på sitt målvärde. Vi är på gång med vår nya hjärt-kärlmottagning from hösten 2019 men strukturen är inte på plats helt än. Tänker att vi jobbar vidare med förändrade arbetssätt som kan ge förbättring på sikt.
  - Medrave och Primärvårdskvalitet.

### 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](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)