

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Runby Vårdcentral	
Verksamhetschef Lars Åberg	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 forbattringsarbeten.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.

Lars Åberg, distriktsläkare, verksamhetschef – lars.berg@ptj.se
Sara Najafi, ST-läkare
Kristin Grundtman, 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

Vi har ett stort antal hemsjukvårdspatienter och relativt stort antal äldre listade patienter på vår vårdcentral. Vi har försökt att förbättra vårt arbete med läkemedelsgenomgångar för de kategorierna men utan att ha någon strukturerad arbetsmodell och andelen patienter som genomgår strukturerad fördjupad läkemedelsgenomgång är långt lägre än önskvärt. Det finns sannolikt en stor underrapportering/registrering av denna åtgärd.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Runby Vårdcentral	
Verksamhetschef Lars Åberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

<p>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.....</p>
Fördjupade läkemedelsgenomgångar.
<p>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</p>
Vi vill förbättra omhändertagandet av våra hemsjukvårdspatienter och äldre som är i behov av fördjupad läkemedelsgenomgång.
<p>Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>a. Genomgång av journal för patienter som är 75+ för att avgöra vilka som har minst 3 kroniska diagnoser, dessa kallas sedan till strukturerad sjuksköterskeledd mottagning med genomgång av aktuella läkemedel, PHASE-20, mätning av längd, vikt, blodtryck samt genomgång av vilka läkemedel patienterna faktiskt tar inför läkarbesök där fortsatta genomgången görs.</p> <p>b. Patienterna vill ha fungerande medicinering men i största möjliga mån undvika biverkningar, interaktioner eller andra negativa följder av sin medicinering.</p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Runby Vårdcentral	
Verksamhetschef Lars Åberg	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 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. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Hemsjukvårdspat med XV016	13/182 (7,1%)	Apr 18-19	50%	20191231
Indikator 2	Hemsjukvårdspat med längd/vikt i journal	54/182 (29,7%)	Apr 18-19	60%	20191231
Indikator 3	75 år och äldre med XV016	74/481 (15,4%)	Apr 18-19	35%	20191231
Indikator 4	75 år och äldre med längd/vikt i journal	209/481 (43,4%)	Apr 18-19	60%	20191231
Indikator 5					20191231

Kommentar (valfritt):

Indikatorn 3 gäller andelen av samtliga patienter som är 75 år och äldre som har koden för fördjupad LM-genomgång i journalen. Den valdes eftersom den bättre indikatorn ålder 75+ och 3+ kroniska diagnoser inte ensamt går att få fram ur journalsystem eller listningsuppgifter.

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Runby Vårdcentral	
Verksamhetschef Lars Åberg	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 har tagit fram en strukturerad mall för sjuksköterskebesök och gjort genomgång av samtliga patienter som är 75 år eller äldre, de som har 3 eller fler diagnoser och uppfyller kriterier för att genomgå fördjupad läkemedelsgenomgång. Vi har uppdaterat våra rutiner för dokumentation och genomgång av de hemsjukvårdspatienter som är på Edshemmet, vid inskrivningsbesök görs LM-genomgång och dokumentation av längd och vikt.

Det planerades uppföljande möte efter start med sjuksköterskebesöken men de blev ej av på grund av svår personalsituation på sköterskesidan.

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	Hemsjukvårdspat med XVo16	13/182 (7,1%)	Apr 18-19	50%	85/173 (49%)	Apr 19-Feb 20
Indikator 2	Hemsjukvårdspat med längd/vikt i journal	54/182 (29,7%)	Apr 18-19	60%	61/173 (35,2%)	Apr 19-Feb 20
Indikator 3	75 år och äldre med XVo16	74/481 (15,4%)	Apr 18-19	35%	92/443 (20,7%)	Apr 19-Feb 20
Indikator 4	75 år och äldre med längd/vikt i journal	126/481 (26,1%)	Apr 18-19	60%	174/443 (39,2%)	Apr 19-Feb 20
Indikator 5						

Övriga kommentarer:

Relativt gott resultat på vissa indikatorer men oförändrat på flera. OBS att i del 1 angavs startläget på indikator 4 till 209/481, vilket var felaktigt, de korrekta siffrorna är 126/481 (26,1%) och inte 209/481. På grund av detta blev även målet satt något högre än rimligt. Detta genom förändring på rutiner på Edshemmet och upprepade samtal på läkarmöten om läkemedelsgenomgångar men utan att faktiskt implementera den förändring som torde ha störst effekt, det vill säga de strukturerade sjuksköterskebesöken.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Runby Vårdcentral	
Verksamhetschef Lars Åberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

--

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.
Även med goda intentioner så sätter en svår personalsituation käppar i hjulet för att lyckas genomföra kvalitetsförbättrande åtgärder.

2.
Vi har inte specifikt använt kunskaper från patienter eller ökat patienters delaktighet i vården i detta arbete.

3.
Vi planerar förlänga arbetet så att vi kan genomföra de sjuksköterskeledda besöken.

4.
Medrave, vårdfaktura, Liston.

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