

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Skärholmens vårdcentral	
Verksamhetschef Gunilla Shelley	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.

Kristina Nyberg, distriktsläkare, specialist i allmänmedicin, kristina.nyberg@sll.se
Signe Åhrberg, sjuksköterska, samordnare för hemsjukvården

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

Skärholmens vårdcentral har en relativt stor hemsjukvård som består av äldre, multisjuka och/eller på annat sätt sköra patienter med stora hjälpbehov och stort behov av samordnad vård. Vi konstaterar att det inte går att titta på resultat för enbart hemsjukvårdspatienter på ett enkelt sätt i respektive system såsom t ex Medrave eller NDR men bedömer att vi har förbättringsbehov och –potential vad gäller hemsjukvårdsuppdraget för att hantera dessa patienters komplexa behov och säkerställa uppföljning av deras kroniska sjukdomar. Vi ser att vi inte når målet med fördjupade läkemedelsgenomgångar för alla patienter inskrivna i hemsjukvården. Vi konstaterar också att det finns en diskrepans mellan antalet inskrivna patienter på vår vårdplatslista (arbetsredskap i det dagliga arbetet), i ListOn och i Take Care (på sökord) som tecken på att det finns behov av förbättrad

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Skärholmens vårdcentral	
Verksamhetschef Gunilla Shelley	Aktnummer (ifylles av HSF)

struktur i arbetssättet kring inskrivning och utskrivning. Korrekta data är en förutsättning för fortsatt utvärdering av vårt förbättringsarbete inom hemsjukvården och en minskad diskrepans mellan de olika systemen kommer också att vara ett mått på hur väl vi har implementerat vår nya rutin med checklistor i hemsjukvården i samband med inskrivning, årliga uppföljningar och utskrivning.

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 arbeta med våra hemsjukvårdsprocesser.

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 införa ett mer strukturerat arbetssätt i hemsjukvården för att förbättra omhändertagandet av dessa patienter. Det är angeläget då detta är den patientgrupp med störst behov av vård och samordning.

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](#).

a) Vi kommer att ta fram och börja arbeta utifrån checklistor för inskrivning, årskontroll/läkemedelsgenomgång och utskrivning. Dessa kommer att utformas i enlighet med administrativa rutiner och gällande vårdprogram som ett stöd för personalen vid respektive situation för att säkerställa att alla administrativa moment görs och att dokumentationen görs strukturerat vilket sedan hjälper oss i det fortsatta arbetet och även i vårt fortsatta kvalitetsarbete.

b) Våra hemsjukvårdspatienter har en omfattande sjukhistoria som de samtidigt ofta har svårt att redogöra för. Våra patienter förlitar sig på att all information finns i journalen men tyvärr kan det vara både tidsödande och svårt att hitta viktig medicinsk information i vårt nuvarande journalsystem särskilt när dokumentationen är omfattande. Vi kommer därför att börja dokumentera i Medicinsk Vårdplan efter varje årskontroll/läkemedelsgenomgång, med uppdatering minst årligen samt löpande i samband med rond vid behov.

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.	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Skärholmens vårdcentral	
Verksamhetschef Gunilla Shelley	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Antal snabbspirometri per vecka		start-läge		
Indikator 1	Största skillnad i antal inskrivna hemsjukvårdspatienter mellan respektive system (ListOn, Take Care och vårdplatslista)	22	190331	5	20191231
Indikator 2	Antal hemsjukvårdspatienter med dokumenterad Medicinsk Vårdplan	0	190331	80	20191231
Indikator 3					
Indikator 4					
Indikator 5					

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: forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Skärholmens vårdcentral	
Verksamhetschef Gunilla Shelley	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 infört checklistor för inskrivning i och utskrivning från hemsjukvården, dessa har varit en hjälp till sjuksköterskorna att kunna dokumentera strukturerat och vi ser att det har haft önskat resultat.

Vi har också successivt infört dokumentation i Medicinsk Vårdplan och vi märker att det är till stor hjälp för att snabbare få en överblick över patienternas medicinska situation och planerad uppföljning. Vi har således fortsatt enligt planering med att införa det nya arbetssättet men konstaterar tyvärr att det varit mer tidskrävande än vad vi tänkt att nyupprätta Medicinsk Vårdplan och att det därför inte varit praktiskt genomförbart i omedelbar anslutning till läkarbesök för läkemedelsgenomgång eller vid närmast efterföljande rond. Läkarbemanningen i ett av vårdteamen i hemsjukvården har dessutom under året varit instabil vilket försvårat införandet av det nya arbetssättet. Vi har därför inte kommit så långt som vi önskat i den delen av arbetet.

Vi noterar att arbetet med dessa indikatorer också har medfört att vi även på andra sätt skapat mer struktur i hemsjukvårdsarbetet generellt, och bland annat tydligare prioriterat att genomföra läkemedelsgenomgångar på ett strukturerat sätt. Detta kan vi se i GUPS där andelen hemsjukvårdspatienter som fått en fördjupad läkemedelsgenomgång har ökat från 47% till drygt 63%.

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	Största skillnad i antal inskrivna hemsjukvårdspatienter mellan respektive system (ListOn, Take	22	190331	5	3	

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Skärholmens vårdcentral	
Verksamhetschef Gunilla Shelley	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Care och vårdplatslista)					
Indikator 2	Antal hemsjukvårdspatienter med dokumenterad Medicinsk Vårdplan	0	190331	80	27	
Indikator 3						
Indikator 4						
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 genom arbetet tydligt märkt att en tydlig struktur underlättar i det dagliga arbetet men att det tar tid att implementera nya arbetssätt.
 2. Medicinsk Vårdplan har som syfte att sammanfatta patientens anamnes och planering för respektive kronisk sjukdom på ett sätt som underlättar för vården. I detta ligger att också väga in den enskilda patientens egna önskemål, något som vi med detta sätt att arbeta tydligare kan dokumentera och därmed kontinuerligt uppmärksamma som en naturlig del av vårt arbete.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Skärholmens vårdcentral	
Verksamhetschef Gunilla Shelley	Aktnummer (ifylles av HSF)

3. Vi kommer att fortsätta arbetet på samma sätt som nu med målsättningen att alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården har en Medicinsk Vårdplan.

4. ListOn, statistik från Take Care/GUPS.

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@sll.se