

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Gabriel Lagercrantz	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](mailto: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](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.**

1. Sofia Kreibom, ST-läkare, [sofia.kreibom@sll.se](mailto:sofia.kreibom@sll.se) kontaktperson
2. Erik Embring, Specialist i allmänmedicin, [erik.embring@sll.se](mailto:erik.embring@sll.se)
3. Pernilla Lunkvist, Astma- och KOL sköterska, [pernilla.lundkvist@sll.se](mailto:pernilla.lundkvist@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**

Surbrunns vårdcentral är en landstingsdriven vårdcentral i Stockholms innerstad. Vi har ca 14 000 listade patienter. Vårat patientunderlag är ett primärvårdsklientel med en stor variation på patienter. Från de allra yngsta på BVC till äldre hemsjukvårdspatienter som inte själva kan ta sig till vårdcentralen. Inom allmänmedicin är det ett stort spektrum av patienter med olika diagnoser och frågeställningar.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Surbrunns Vårdcentral

Verksamhetschef  
Gabriel Lagercrantz

Aktnummer (ifylles av HSF)

Utöver de med akuta diagnoser träffar man även patienter som behöver längre utredningar och de med kroniska sjukdomar som behöver långvarig och regelbunden kontakt med vårdcentralen. I vårt arbete har vi valt att fördjupa oss inom KOL och dess samsjuklighet med hjärt- och kärlsjukdom. Under 2018 hade vi totalt 140 patienter registrerade med KOL. 59% av dessa hade även diagnosen hypertoni.

Vi vill titta närmare på hur vi fångar upp de patienterna som har en samsjuklighet med hjärt- och kärlsjukdom. Målet är att vi ska bli bättre på att fånga upp fler med samsjuklighet genom att få in en rutin att mäta blodtrycket på dessa patienterna.

Jag har undersökt utgångsläget genom att via Medrave se hur många av patienter vi har med KOL 2018. Totalt 140 patienter, varav en avlidit under året och tre med spärrad journal. Så totalt har jag tittat på 136 patienter. Genom journalgranskning har jag sett att det saknas blodtryck registrerat för 30 av dessa patienterna. Således har vi kontrollerat blodtrycket hos 78% av våra KOL patienter under 2018. Det finns således en förbättringspotential.

**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.....**

Vet att det finns en stor samsjuklighet mellan KOL och hjärt- och kärlsjukdom. Tror att vi genom relativt enkla medel kan bli bättre på att fånga upp KOL patienter som har riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom där vi valt att titta på högt blodtryck.

**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**

Målet är att rutinmässigt undersöka KOL patienternas blodtryck. Vi ska bli bättre på att kontrollera/registrera KOL patienternas blodtryck årligen för att lyckas fånga upp de med samsjuklighet.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Surbrunns Vårdcentral

Verksamhetschef  
Gabriel Lagercrantz

Aktnummer (ifylles av HSF)

**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 [QRC:s verktygslåda](#).

a. Genom att rutinmässigt få KOL-sköterskan att registrera blodtrycket hos KOL-patienterna vid besöken. Information till läkargruppen om samsjukligheten så att vi blir bättre på att registrera blodtrycken vid våra besök.

b. Information till patienterna om samsjukligheten och riskfaktorer. Få patienterna till att ta del och ansvar över sin egen hälsa. Ett sätt att få patienterna att bli mer delaktiga i vården är införskaffa en blodtrycksmätare och registrera egna blodtryck i hemmet.

**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...**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> <b>(% eller antal)</b>	<b>Datum/period för start-läge</b>	<b>Mål</b> <b>(% eller antal)</b>	<b>Datum för att uppnå mål-värdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel KOL patienter med ett registrerat blodtryck under 2018 jämfört med 2019.	78%	2018	90-95%	<b>2019</b>

**Kommentar (valfritt):**

Vi tänker undersöka hur många av våra KOL-patienter som har fått ett registrerat blodtryck under 2018

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Surbrunns Vårdcentral

Verksamhetschef  
Gabriel Lagercrantz

Aktnummer (ifylles av HSF)

och jämföra det med hur många av våra KOL- patienter som har fått ett registrerat blodtryck under 2019. Förhoppningsvis kommer den procentuella siffran att stiga genom att KOL sköterskan och vi läkare får in

en rutin att kontrollera blodtrycket på våra KOL-patienter. Detta kommer på så vis leda till att vi blir bättre på att fånga upp de patienterna som lider av hypertoni och därmed risk för en samsjuklighet med hjärt- och kärlsjukdom.

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

Medrave och TakeCare.

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Gabriel Lagercrantz	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 en rutin att vår KOL sköterska rutinmässigt registrerar blodtrycket på våra KOL-patienter under besöken. Genom att uppmärksamma samsjukligheten har vi också i läkargruppen blivit bättre på att kontrollera blodtrycket på våra KOL-patienter.

### 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>	Andel KOL-patienter med ett registrerat blodtryck under året 2018 jämfört med 2019.	78%	2018	90-95%	91%	2019

### Övriga kommentarer:

Under 2019 hade vi totalt 168 patienter med registrerad KOL-diagnos. 3 av dessa avled under året. 4 bytte vårdcentral och 6 hade spärrad journal. Så vi har tagit med 155 patienter i beräkningen. 141 av dessa hade vi ett registrerat blodtryck på under året vilket blir 91 %.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Surbrunns Vårdcentral

Verksamhetschef  
Gabriel Lagercrantz

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. Vi har lärt oss att bli bättre på att registrera blodtrycket på våra KOL- patienter. Vi har även blivit bättre på att samarbeta mellan yrkesgrupperna på vårdcentralen.

2. Genom att ta blodtrycket och förklara på ett pedagogiskt sätt varför är förhoppningen att patienten får en förståelse för samsjukligheten och dess riskfaktorer. Då kan man lättare föra samtalet in på kost- och motionsvanor och få patienterna att bli mer delaktiga och ansvara över sin egen hälsa.

3. Vi planerar att fortsatt rutinmässigt ta blodtrycket under besöken hos KOL-sköterskan och på våra läkarbesök på denna patientgrupp. En framtida förbättring skulle också vara att vi inför ett kallelsesystem för årliga läkarbesök.

I ett nytt pågående kvalitetsarbete har vi just tagit fram ett schema för hur sköterskorna ska agera vid avvikande blodtryck. Detta schema planerar vi framöver också ska tillämpas vid blodtrycksmätningarna på KOL-mottagningen. För att undvika fördröjning i agerande vid avvikande blodtrycksmätningar är att blodtrycket läggs in som ett mätvärde och då hamnar i läkarens vidimeringskorg. KOL-sköterskan lägger i nuläget sin anteckning till remitterande eller ansvarig läkare för kontrasignering.

4. Medrave och Takecare.

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