

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Elias Messö Bolos	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.

Huvudansvarig: Karin Hanaeus, verksamhetschef karin.hanaeus@sll.se och Sora Matti, MAL.
Team (professionsgruppsansvariga):
Elin Olsson (diabetes), distriktssköterska
Zumra Suljagic (astma/kol, antikoagulantia), sjuksköterska
Kristina Kourie (hypertoni), undersköterska
Sanaa Youssef (hjärtsvikt), sjuksköterska
Caroline Hultmar (äldre), 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

Under senhösten 2018 påbörjades ett arbete med en intern utbildning i personcentrerad vård som hålls av en arbetsgrupp bestående av undersköterska, sjuksköterska, vårdadministratör, läkare och verksamhetschef. Detta har varit en bidragande faktor till viljan att arbeta med våra samsjuka kroniker ur ett personcentrat perspektiv som kvalitetsarbete 2019.

Vi upplever att det är en patientgrupp som vi med förändrade arbetssätt skulle kunna förbättra vårdkvaliteten och skapa en bättre vårdprocess för.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Elias Messö Bolos	Aktnummer (ifylles av HSF)

I medrave ser vi att vi har en generellt högre andel patienter med samsjukligheten av tre eller fler kroniska sjukdomar. T ex andel patienter med 3 kroniska sjukdomar är för oss 12, 7 % vilket är strax över den 75 percentilen för alla verksamheter. Detta i kombination med att vi ser att vi ligger under 25:e percentilen (0,3) med vårt värde 0,2 när det gäller kontinuitetsindex för personer med samsjuklighet med fyra eller fler kroniska sjukdomar motiverar ett kvalitetsarbete för dessa patienter. Vi ser också att våra patienter med samsjuklighet i stor utsträckning har sex eller fler besök under senaste året, vår andel är 21,7 % vilket är en bit över den 75:e percentilen (18,2 %).

Vi har valt att avgränsa utifrån de stora patientgrupperna hos oss och där vi i medrave kan se vanliga kombinationer av kroniska sjukdomar, t ex så har 71 % av våra patienter med diagnos diabetes även diagnos hypertoni, och 49 % av våra patienter med hjärtsvikt har även en diabetesdiagnos. Bland våra patienter med en KOL-diagnos så har 34 % även en diabetesdiagnos. Vår förhoppning är att genom ett mer personcentrerat arbetssätt kunna öka även vårdkvaliteten för dem.

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 patienter som har minst 2 diagnoser bland diagnoserna hjärtsvikt, hypertoni, förmaksflimmer, astma, kol och diabetes.

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 vår vårdprocess och våra besök för de patienter som är listade hos oss och som har fler än två kroniska diagnoser bland ovan utvalda då vi tror att ett personcentrerat arbetssätt för denna patientgrupp leder till förbättringar både i kvalitets och processmått.

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](#).

- Förändra hur lång tid som är avsatt för dessa patienters besök
 - Utveckla mötet med patienten utifrån ett personcentrerat arbetssätt
 - Förändra upplägg i planeringen av tidböcker
 - Utveckla ett mer personcentrat stöd utifrån patienternas perspektiv för att öka patienternas compliance
 - Koppla arbetssätt med äldremottagningen för att förebygga inläggning inom slutenvård

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Elias Messö Bolos	Aktnummer (ifylles av HSF)

b.

Vi önskar att ta med patientens perspektiv inte bara i det enskilda vårdmötet utan även på upplägg av arbetssätt. Då vår erfarenhet är att det har varit svårt att använda enkäter i området tänker vi prova att använda metoden fokusgrupp eller liknande.

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	Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 med HbA1c högst 70 mmol/mol	67,4 % 50,9 %	2018 190101- 190501	80 %	20191231
Indikator 2	Andel patienter där diagnoskod för hjärtsvikt använts under de senaste två åren och NYHA-klassificering är dokumenterad i journalen	25 % (medrave)	180428- 190429	30 %	20191231
Indikator 3	Andel diabetespatienter utan uppgift om albuminuri	20,2 %	190429	10 %	20191231
Indikator 4	Kontinuitetsindex för personer med samsjuklighet (1-3 kroniska sjukdomar)	0,3	190429	0,5	20191231
Indikator 5	Andel patienter med samsjuklighet som har sex eller fler besök senaste året.	21,7 %	190429	15 %	20191231

Kommentar (valfritt):

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Elias Messö Bolos	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 arbets sättet. 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 Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Elias Messö Bolos	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.

Förbättringsarbetet som har bedrivits under 2019 har gjorts av tidigare verksamhetschef som slutade i november 2019. Har varit svårt att utvärdera förbättringsarbetet då vissa av intentionerna inte genomförts. Tyvärr har inte arbetsgruppen varit delaktiga i arbetet och därmed ej förstått vilka åtgärder som skulle behöva göras.

I november då vi tog över arbetet har vi börjat titta på urvalet och insåg att det inte var genomförbart med de kriterier som var satta. Patientgruppen blev för stor när man enbart tittade på patienter med 2 diagnoser. Vi valde därav att utöka detta till minst 3 diagnoser för att kunna få fram mer rimliga patientlistor att arbeta med. Kombinationen av diagnos hypertoni, diabetes och hjärtsvikt blev 55 patienter. Kronisk obstruktiv lungsjukdom kombinerat med hypertoni och diabetes blev 37 patienter. Kronisk obstruktiv lungsjukdom kombinerat med hjärtsvikt och hypertoni blev 20 patienter. Vi ser även att våra indikationer inte helt stämmer överens med de förbättringsförslag vi har. Vissa indikationerna är ej avgränsade till patientgrupper med flera diagnoser. Indikation 1 har även en åldersgräns på 80 år vilket kan exkludera vissa patienter som vi har önskat förbättra vården runt.

Vi har under december och november anpassat längden på tiderna när vi bokat in vissa av dessa patienter. Har dock endast träffat ett 10 tal under denna tid vilket gjort att vi ej haft möjlighet att utvärdera effekten ännu. Ur ett personcentrerat perspektiv är detta något som är efterfrågat och upplevts som positivt men om det minskar mångbesöken går ej att utvärdera ännu. Vi har inte inkluderat alla läkare vilket blir nästa steg. Tidböckerna för läkarna kommer därav att behöva justeras för att få det till en integrerad del av verksamheten.

Utbildning i personcentrerad vård har skett i hela arbetsgruppen under 2019. Avslutades vid årsskiftet 2019/2020 och är nu en del av arbetssättet. Fortsatt utveckling kommer ske under 2020 genom dialogseminarium och är en del av vår introduktion till nyanställda.

Studiebesök gällande äldremottagning och hur LUS sköterskan kan utveckla sitt arbete har gjorts med bra resultat. LUS-sköterska har fått en stadig roll i verksamheten vilket lett till gott samarbete med kommun och förbättrat omhändertagandet av äldre.

Vi har deltagit i projektet Närmare via SKL och har där utvecklat verktyg som kan användas i mötet med patienter som ska främja patientens upplevelser av delaktighet. I projektet har patienters synpunkter samlats in genom intervju och frågor. Lärdomar från projektet har dels varit att patienternas synpunkter är värdefulla för verksamheten vid förändringsarbeten.

Vi har under 2019 arbetat mycket kring prioritering och använt oss av rådgivningsstöd samt hänvisningsstöd för att bättre vägleda patienterna samt för att öka egenvården. Samtalsprocessen har varit en del i detta då patients upplevelse i samtalen behöver bli bättre.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Elias Messö Bolos	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 med HbA1c högst 70 mmol/mol	67,4 % 50,9 %	2018 190101- 190501	80 %	67,8 % 36,2 %	2019 190901- 191231
Indikator 2	Andel patienter där diagnoskod för hjärtsvikt använts under de senaste två åren och NYHA-klassificering är dokumenterad i journalen	25 % (medrave)	180428- 190429	30 %	36,4 % 16,7 % 37,2 %	2018 2019 2018-2019
Indikator 3	Andel diabetespatienter utan uppgift om albuminuri	20,2 %	190429	10 %	27,8 27,7 % 29,5 %	2020-02- 18 2018 2019
Indikator 4	Kontinuitetsindex för personer med samsjuklighet (1-3 kroniska sjukdomar)	0,3	190429	0,5	0,23 0,21 0,19	190131 190731 200131
Indikator 5	Andel patienter med samsjuklighet som har sex eller fler besök senaste året.	21,7 %	190429	15 %	23 % 19 % 13 %	190131 190731 200131

Övriga kommentarer:

Indikator 1, data hämtad från Medrave. Åldersgräns på högst 80 år är satt. Detta kan vara med anledning att ett högre HbA1c vid högre ålder kan vara medicinskt accepterat.

Indikator 2, Titeln indikerar att man ska titta på siffror 2 år tillbaka men urvalet är rullande 12. Gör ny jämförelse mellan 2018 och 2019 samt tittar på statistiken 2 år bakåt. Svårtolkat resultat då 2 års period är högre än målet men kan se en sjunkande trend mot tidigare.

Indikator 3, data hämtad från Medrave samt NDR. Medrave tar data 18 månader bakåt medan NDR även visar data för året. Utgångsvärdet som ligger på 20,2% verkar lågt med tanke på att 2018 låg högre. Eventuella felkällor finns men svårt att tolka.

Indikator 4, svårt att kontrollera utgångssiffran men verkar hög. Data från Medrave visar på lägre siffror och sjunkande siffror

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Elias Messö Bolos	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 5, patienter med fler besök under året har minskat. Oklart vad siffran indikerar i verkligheten. Går ej att tolka om behovet minskat eller om arbetsförändring lett fram till minskningen.

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.
En av de viktigaste lärdomarna är att personalgruppen behöver vara involverad i arbetet för att det ska kunna gå att genomföras fullt ut. Behöver även vara realistiskt uppsatta urval och mål för att kunna få fram ett resultat som man sedan kan arbeta vidare med och ytterligare utveckla.

Vid val av indikationer behöver man ha en tydlig bild över vad man önskar belysa så att det lättare går att urskönja om arbetsförändringarna varit bidragande eller ej.

Tolkningen av data som inhämtats har varit svår då tidsperioderna för inhämtningen varit olika. Inför kommande arbeten är det av vikt att datumintervallen är tydliga och att man redan innan tänker på vilken period som uppföljande data ska inhämtas för att det ska vara möjligt att jämföra i resultatredovisningen.

Vid tolkning av siffror kan man se en försämring i flera områden. Indikator 2, 3 och 4 är alla sämre än i början på mätningen samt där har målen ej uppnåtts. Det samma med målet i indikator 1 där målet ej heller uppnåtts. Enda indikationerna som man tydligt kan se resultat på och som har förbättrats är indikator 5. Patienter som har samsjuklighet och träffat läkare mer än 6 gånger senaste året har minskat. Vi kan dock inte tolka detta som ett resultat av förändrat arbetssätt utan snarare brist på läkartider som lett till minskade besök. Vi väljer att tolka resultatet med försiktighet då datainsamlingen kan ha påverkat resultatet samt att vi inte har kunnat genomföra alla förbättringsförslag fullt ut.

Även lärt oss att behovet av att prioritera är stort och att vissa förändringar påverkar arbetet negativt initialt men att resultatet längre fram kan vara positivt.

2.
Utbildning i personcentrerad vård har varit positivt då personalens kunskaper har ökat och blivit en integrerat förhållningssätt i verksamheten. Vi har inte använt oss av patienterna i detta förbättringsarbete bortsett från projektet närmare men minskad avvikelserapportering samt klagomål gällande bemötande har setts. Däremot har klagomålen på bristen på tider ökat. Patienterna som fått längre tider har upplevt detta som positivt men inga konkreta uppföljningar med patienterna har skett.

3.
Då personcentrerad vård nu är integrerad i verksamheten vill vi utveckla arbetet med de multisjuka personerna men med minst 3 diagnoser. Vi vill att alla i arbetsgruppen ska bli delaktiga och att alla läkare ska träffa dessa patienter. Har även intentioner att tilldela patientansvarig sköterska till patienter med samsjuklighet för att öka kontinuiteten. Förändrat kallelseförfarande med prover och frågeformulär har vi för avsikt att se över och införa. Utvecklande av äldremottagningen där multisjuka äldre ska omhändertas är något vi skulle vilja utveckla under 2020. Vi hoppas på att kunna mäta eventuella effekter på sjukdomsbild och upplevelser i patientmötet med tydligare frågeställningar.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Elias Messö Bolos	Aktnummer (ifylles av HSF)

4.
Har främst utgått via data från Medrave samt NDR.
Subjektiva upplevelser från personal har också samlats in.

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