

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Äldre

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Familjeläkarna Tungelsta vårdcentral	
Verksamhetschef Anna-Karin Tell	Verksamhetschefens e-post Anna-karin.tell@famlak.se
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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen. Denna mall med även del 2 ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.. Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se. Radera EJ text i grå fält.	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Anna-Karin tell / Knapic Wlodzimierz
Profession: Verksamhetschef / Allmänspecialist läkare
E-post: anna-karin.tell@famlak.se / knapic.wlodzimierz@famlak.se
Att involvera flera Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. • Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. • Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart. • Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras). A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
A: - Knapic Wlodzimierz Allmänspecialist läkare samt ansvarig läkare i hemsjukvården -May Sandberg Sjuksköterska i Hemsjukvården

B:

Vi har idag planerat alla inskrivna Hemsjukvårdspatienter för en läkemedelsgenomgång med provtagning samt andra mätvärden inför besöket med läkare. Vid avvikande mätvärden kommer livsstils samtal att erbjudas i förebyggande syfte med fysisk aktivitet samt kost. Vid behov bokas även uppföljning i form av t.ex. kontinuerlig blodtrycksmätning, remiss till dietist alt tidsbokning till diabetessköterska

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmateriel finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-forbattringsstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Vi har valt att rikta in oss på patienter i hemsjukvården med hypertoni samt diabetes. Hemsjukvården har 44 inskrivna patienter varav 36 med hypertoni samt 16 med diabetes

Hypertoni

44.6% av Hypertoni patienterna har ett systoliskt blodtryck över 145 mmHg

22.2% har ett diastoliskt blodtryck över 85 mmHg

Diabetes

18,75% har ett HbA1c över 70 mmol/mol

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Övergripande mål är att alla skall uppnå målmätvärden. Behandlingsmål, under förutsättning att

behandlingen tolereras väl:

· Hypertoni: 145/85 mmHg

· Diabetes: HbA1c under 70 mmol/mol

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)
Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Hög personal omsättning

1.1: Planera ett inskrivnings besök med läkare när ny patient skrivs in i hemsjukvården.
1.2: Planera årets läkemedelsgenomgångar redan i mars
1.3: Erbjud en uppföljnings SIP

2: Bristande rutiner på blodtrycksmätning

2.1: Ta blodtryck i samband med APO-dos överlämning
2.2:
2.3:

3:	3.1: 3.2: 3.3:																																										
Mått och mätetal (indikatorer) - Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål? - Hur kan det mätas? - Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal? Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan. Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringsstrappa/ Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (=”processmått”, t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.) APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/ Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett ”balanserat mått” om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. En indikator ska börja med Antal eller Andel.																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka</th> <th>Nuläge = Startläge (% eller antal)</th> <th>Datum/period för startläge</th> <th>Mål (% eller antal)</th> <th>Källa (t.ex. Med-rave)</th> <th>Datum för att uppnå målvärdet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indikator 1</td> <td>Patienter med systoliskt blodtryck >145</td> <td>41,6%</td> <td>2021-10-01-2022-02-22</td> <td>0 %</td> <td>Tak e Care</td> <td>2023-12-31</td> </tr> <tr> <td>Indikator 2</td> <td>Diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.</td> <td>18,75</td> <td>2021-10-01-22-02-22</td> <td>0 %</td> <td>Tak e Care</td> <td>2023-12-31</td> </tr> <tr> <td>Indikator 3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T.ex. dec 2023</td> </tr> <tr> <td>Indikator 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T.ex. dec 2023</td> </tr> <tr> <td>Indikator 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T.ex. dec 2023</td> </tr> </tbody> </table>		Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet	Indikator 1	Patienter med systoliskt blodtryck >145	41,6%	2021-10-01-2022-02-22	0 %	Tak e Care	2023-12-31	Indikator 2	Diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.	18,75	2021-10-01-22-02-22	0 %	Tak e Care	2023-12-31	Indikator 3						T.ex. dec 2023	Indikator 4						T.ex. dec 2023	Indikator 5						T.ex. dec 2023
	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet																																					
Indikator 1	Patienter med systoliskt blodtryck >145	41,6%	2021-10-01-2022-02-22	0 %	Tak e Care	2023-12-31																																					
Indikator 2	Diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.	18,75	2021-10-01-22-02-22	0 %	Tak e Care	2023-12-31																																					
Indikator 3						T.ex. dec 2023																																					
Indikator 4						T.ex. dec 2023																																					
Indikator 5						T.ex. dec 2023																																					
Kommentar (valfritt): <i>TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.</i>																																											

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringsstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Alla inskrivna hemsjukvårdspatienter planeras för en årlig läkemedelsgenomgång samt erbjudas en uppföljande SIP. Vid avvikande mätvärden skall dessa följas upp vid inbokade besök av hemsjukvårdspersonalen.

Blodtryck kan med fördel tas 2 ggr i månaden då i samband med apodos överlämning.

Vid förhöjt HbA1c skall patienten erbjudas besök till diabetessjuksköterska.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2023 till:
forbattringsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

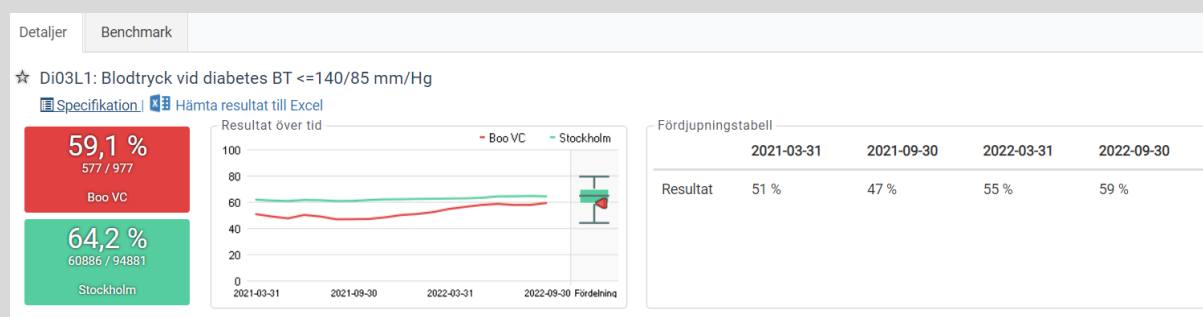
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Förbättrat organisation av hemsjukvården.
Tydliga mål i gruppen med återkoppling av resultat under studieperioden.
Bra rollfördelning
Förbättrade veckovisa ronder där alla tre kompetenserna närvarat.
Förbättrad kontinuitet med en och samma läkare
Förbättrad kompetens med erfaren specialist i Allmänmedicin samt erfaren sjuksköterska och erfarna undersköterskor.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Start- läge (% eller antal)	Datum /period för start- läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med- rave)	Datum/ period för resultat- värdet
Indikator 1	Patienter med systoliskt blodtryck >145	41,6%	2021- 10-01- 2022- 02-22	0 %	17%	2023- 12-31	T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.	18,75	2021- 10-01 - 22-02- 22	0 %	15%	2023- 12-31	T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året
Indikator 3							T.ex. dec 2023
Indikator 4							T.ex. dec 2023
Indikator 5							T.ex. dec 2023

Övriga kommentarer:

Samtliga patienter inskrivna i hemsjukvården har erhållit en fördjupad läkemedelsgenomgång under studieperioden.
Samtliga hemsjukvårdspatienter med högt HbA1c har fått justerad behandling där p-glukos visar på tydlig förbättring. Blodtrycksmätningarna har tydligt ökat under studieperioden.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Patienterna inskrivna i hemsjukvården i Tungalsta är svårt sjuka och sköra med ett tydligt behov vårdpersonal med hög kompetens och lång erfarenhet. Förbättring av kontinuitet och organisation med tydliga mål som återkopplats gruppen har stärkt gruppens engagemang och bidragit till förbättrat resultat. Regelbundna kontroller av blodtryck i samband med utdelning av APO-dos som rutin har varit en stor hjälp för att bättre kontrollen och uppföljningen av patienterna med högt blodtryck. Involvering av Diabetessjuksköterska på rondan har även förbättrat hanteringen av patienter med typ-2 Diabetes.

Mål med 0 procent av patienterna med systoliskt blodtryck över 145 var inte realistiskt. Stor hänsyn måste tas till fallrisk mm. Resultatet visar på en tydlig förbättring med både reducerat antal patienter med höga systoliska blodtryck samt en tydlig ökning av blodtryckskontroller.

Målvärdet 0% av diabetespatienter med HbA1c över 70 är även det ett svårt mål. Vid journalgenomgång kan det dock tydligt ses att de patienter som legat över erhållit justeringar där ett nytt uppföljande HbA1c ännu inte tagits. Sammantaget bedömer vi att vården för patienter med Diabetes typ-2 i hemsjukvården har förbättrats.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Patinterna har framfört önskemål på god kontinuitet, hög kompetens och trygghet. Vi har fått återkopplat en tydlig förbättring som vi dock inte har några nedskrivna resultat ifrån.

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Mottagningen strävar efter att fortsätta den förbättrade organisationen av hemsjukvård med tydliga mål och regelbunden återkoppling av resultat.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.