

Information om husläkarmottagning	
Stureby VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Olof Ekberg	

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2:

Strukturerade årskontroller vid kronisk sjukdom

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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2022**.

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 2022 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

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.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.

Sara Rendahl, spec allmänmedicin sara.rendahl@ptj.se

Erika Malmberg, spec allmänmedicin

Karina Skoglund, undersköterska

Carina Carlsson, sekreterare

Emma Gsänger, distriktsköterska

Sandra Jörgenstam, sjuksköterska

Olof Guterstam, ST-läkare allmänmedicin

Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!

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

Information om husläkarmottagning

Stureby VC

Verksamhetschef

Olof Ekberg

Aktnummer (ifylles av HSF)

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>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Vi har noterat att det finns en hög förbättringspotential vad gäller omhändertagandet av patienter (ofta äldre) med kroniska sjukdomar.

- Många av våra äldre patienter med kronisk sjukdom har inte fått årskontroll**
Vi tror att det beror på
 - Vårdskuld efter pandemin (mindre fysiska besök)
 - Digitalisering/videobesök/telefonuppföljning genomförs i mindre omfattning hos äldre pga svårigheter med teknik, nedsatt hörsel, nedsatt kognitiv förmåga.
 - Undanträngningseffekter. Pandemin och yngre patienter som har lättare att klara digital/distansvård har trängt undan äldre med kroniska sjukdomar.
- Vi **saknar fastställda rutiner för årskontroll** (hur/vad/när).
- Ej likvärdig vård** på vårdcentralen. Olika läkare gör olika.
- Nya behandlingsriktlinjer behöver implementeras.** Gäller främst hjärtsvikt och diabetes.
- Vi **uppnår ej behandlingsmål** i den omfattning vi bedömer att vi skulle kunna (målbloodtryck, LDL-mål, statinförskrivning, HbA1c, basbehandling vid hjärtsvikt)
- Låg andel får fördjupad läkemedelsgenomgång.**

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Vi vill arbeta fram och fastställa rutiner och innehåll vid:

Strukturerade årskontroller vid kronisk sjukdom.

Utvalda kroniska sjukdomar:

Grupp 1: Diabetes mellitus typ 2

Grupp 2: Ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, cerebrovaskulär sjukdom, TIA, förmaksflimmer.

Grupp 3: Hypertoni.

(Vi har i detta förbättringsarbete valt kroniska sjukdomar som ingår i den kardiometabola gruppen. Omhändertagandet för dessa patientgrupper är snarlika och överlappande. Vid behov kommer vi framöver även se över strukturerade årskontroller vid andra kroniska sjukdomar)

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)

Genom strukturerade årskontroller önskar vi uppnå:

- Bättre behandlingsresultat/bättre vård.
- Mer jämlik vård.
- Ökad patientsäkerhet, inkl läkemedelsförskrivning.
- Bättre arbetsmiljö och jämnare arbetsbelastning.

Information om husläkarmottagning

Stureby VC

Verksamhetschef

Olof Ekberg

Aktnummer (ifylles av HSF)

För patienter med kardiometabola sjukdomar leder bättre behandling till signifikant minskad morbiditet och mortalitet i hjärtkärlsjukdomar.

Evidensen är övertygande i denna patientgrupp avseende vinsten med t.ex

- god metabol kontroll vid diabetes
- målblodtryck vid hypertoni
- statinbehandling vid kronisk ischmisk sjukdom och/eller cerebrovaskulär sjukdom
- antikoagulantia vid förmaksflimmer
- insatt basbehandling vid hjärtsvikt (HFrEF)
- etc.

Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

Arbeta fram kallelsesystem för kroniker. Prova olika system, utvärdera och följ upp.

1. Kalla vid receptförnyelse
2. Kalla efter patientlista på dem som ”missats”
3. Kalla med hjälp av väntelista

Vi delar in kroniker i 3 olika grupper

1. Diabetes mellitus typ 2
2. Kronisk kardiovaskulär sjukdom (IHS, hjärtsvikt, FF, CVL, TIA)
3. Hypertoni

Mätbara mål.

1. Öka andelen som fått årskontroll senaste 18 mån i ovanstående 3 grupper.
2. Öka andelen patienter med diabetes som fått NDR-mall ifylld senaste 18 månaderna
3. Öka andelen patienter med diabetes som fått årskontroll.
4. Öka andelen patienter med hjärtsvikt som får diagnos HFrEF och HFpEF istället för hjärtsvikt ospecificerat I509
5. Öka antalet patienter som får genomförd fördjupad läkemedelsgenomgång.
6. Förbättrade behandlingsmål:
 - Öka andel som når ”målblodtryck” (förenklat: <140 mmHg generellt)
 - (Minska andel med HbA1c >70) – redan ok. Bibehålla.
 - (Öka andel med HbA1c <52) – redan ok. Bibehålla.
 - Öka andel med statin vid ischemisk hjärtsjukdom, CVL/Stroke.
 - (Öka andel med statin vid diabetes) - redan ok. Bibehålla

Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda det så kallade ”fiskbensdiagrammet” eller ”orsak-verkan-diagram” för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>

- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

a. Arbeta fram, prova och utvärdera olika kallelsystem.

- Involvera hela läkargruppen. Fånga upp förslag, idéer och synpunkter (januari/februari 2022)
- Studiebesök på annan vårdcentral som använder väntelista (februari 2022)

Utbildning kring uppdaterade behandlingsriktlinjer.

- Alla specialistläkare deltar på Kloka Listan forum (januari 2022)
- Besök av informationsapotekare (februari 2022)
- Internutbildning i läkargruppen inkl skapa lathundar att använda som stöd vid årskontroll (våren 2022)

Information om husläkarmottagning	
Stureby VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Olof Ekberg	

Presentera aktuell statistik, både för hela vårdcentralen och individuell för varje läkare. Följa upp och presentera statistiken var 3:e månad under hela 2022.

Standardisera årskontroll (skriva **PM med checklista**) men **individualisera** efter behov. **Utnyttja resurser** smart.

- Enklare årskontroll vid okomplicerad hypertoni. T.ex sköterskebesök, blodtryckskontroll, provtagning och distanskontakt med läkare.
- Använda webbaserat hembloodtryck mer, både vid årskontroll och uppföljning.
- Prioritera läkarbesök och fördjupad läkemedelsgenomgång för äldre patienter med diabetes och/eller kronisk kardiovaskulär sjukdom.
- Utse sköterska som ”fångar upp” och kallar patienter som missats kallats till årskontroll.

Tidsplan:

1. **Presentera förbättringsarbetet 22/3** (som tagits fram i samarbete och med delaktighet av hela läkargruppen och delar av övrig personal)
 - Beskriva **bakgrund och upplägg**.
 - Aktuell **statistik** (för hela vårdcentralen och individuell)
 - Presentera **förslag på PM** för årskontroll inkl **checklistor och lathund** för behandlingsriktlinjer
 - Dela ut **patientlistor**:
 1. Patienter med **diabetes** som saknar NDR-mall (kronisk sjukdom grupp 1)
 2. Patienter med **kronisk sjukdom** (grupp 2 och 3) som inte varit på årskontroll senaste 18 månaderna (markör för årskontroll är kontrollerat krea)
 3. Patienter med **hypertoni** (kronisk sjukdom grupp 3) som ej uppnått målblodtryck eller saknar uppmätt blodtryck senaste 18 månaderna.
2. **Uppföljande möten 31/5, 6/9 och i början av december**.
 - Uppdaterad statistik, patientlistor. Uppdatera PM och rutiner efter behov. Diskussion och peppa varandra! Fånga upp svårigheter, stötta varandra och glädjas åt förbättringar.
3. **Slutredovisning februari 2023** (efter att slutredovisning skickats in)

- b. Utforma **skriftligt meddelande** som möjlighet och vid behov ge till patienten efter genomförd årskontroll (motsvarande utskrivningsmeddelande efter vårdtid på sjukhus). Skriftliga meddelandes ska skapas som mall i TakeCare, som fylls i vid besöket.

Ex: ”Du har varit på årskontroll för sjukdomar. Medicinändringar..., Livsstilsfaktorer, Övrigt som kom upp vid besöket... Uppföljning. Patientens synpunkter/önskemål”

Patienten deltar vid upprättandes av detta skriftliga meddelande som efter avslutat besök skrivs ut och ges till patienten.

Vid dialog och upprättande av detta skriftliga meddelande så ska patientens synpunkter och önskningar fångas upp så att årskontroller framöver kan utformas utefter patientens behov och önskemål om möjligt.

Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för

Information om husläkarmottagning	
Stureby VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Olof Ekberg	

processmått, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år 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)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal patienter med kronisk diagnos (grupp 2) men ej genomförd årskontroll (krea som markör) senaste 18 månaderna (kommer ändå finnas kvar patienter som inte vill komma, går på annan mott, förlorat diagnosen. Dessutom kommer det möjligen att till komma patienter som får diagnos, men tyvärr kan vi inte få fram andelen på ett lätt sätt.	149 pat	2022-02-20	Minska <50 pat	MR4 egen lista	Dec 2022
Indikator 2	DM typ 2 men saknar ifylld NDR-mall senaste 18 månaderna. Ingår patienter som haft DM men ej längre, går på annan mott, ej vill komma etc...så det kommer inte/ska inte bli o.	93 pat	202-12-20	Minska <50 pat	MR4 egen lista	Dec 2022
Indikator 3	Hypertoni men ej genomförd årskontroll (krea som markör) senaste 18 månaderna Ingår pat som tidigare haft HT men ej längre, sköts på annan mott, vill ej komma, provtagning skett på annan mottagning/inläggning etc	306 pat	2021-12-20	Minska <180 pat	MR4 egen lista	Dec 2022
Indikator 4	Hypertoni men blodtryck >140 mmHg senast eller saknar blodtryck	586 pat	2021-12-20	Minska <450 pat	MR4 egen lista	Dec 2022

Information om husläkarmottagning

Stureby VC

Verksamhetschef

Olof Ekberg

Aktnummer (ifylles av HSF)

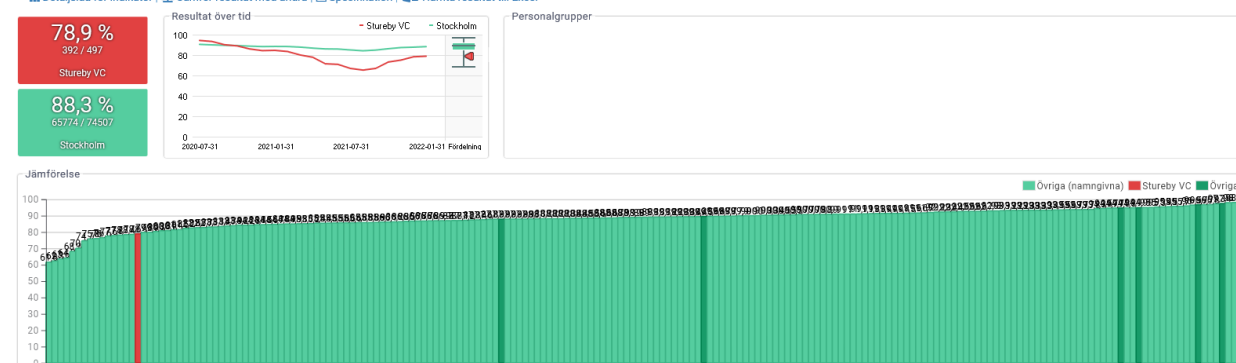
	senaste 18 månaderna. Antalet patienter med HT varierar och varierar mellan läkarna. Vore bäst med andel men svårare rå fram och följa. Finns även alltid patienter som för tillfället inte ligger i mål, dynamiskt hela tiden. Patienter ligger omväxlande i mål och utanför.					
Indikator 5	Antal genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar	235 st	2021-01-01--12-07	Öka >360 st	MR4 egen lista	Dec 2022
Indikator 6	Årskontroll vid diabetes. (både läkare och ssk)	78,3%	2021-12-31	88% (medel Sthlm PVQ)	PVQ	Febr 2022
Indikator 7	Ischemisk hjärtsjukdom och statinbehandling	81%	Senaste 24 månaderna (data från 2022-02-21)	90% (Socialstyrelsensmål)	Medrave, översikt IHS	Dec 2022
Indikator 8	Statinbehandling vid CVL	73%	Senaste 24 månaderna (data från 2022-02-21)	80%	Medrave, översikt CVL	Dec 2022
Indikator 9	Hypertoni med blodtryck <140 mmHg Tyvärr så saknas dem vi följer med hembloodtryck, vilket gör siffran troligen falskt för låg	55,6%	2021-12-31	60%	PVQ	Dec 2022

Kommentar (valfritt):
Indikator 6:

Andel med årskontroll PVQ (78,3% 31/12 2021)

☆ Di5A: Andel patienter med diabetes som fått återbesök, alla personalgrupper

Detaljsida för indikator | Jämför resultat med andra | Specifikation | Hämta resultat till Excel



Information om husläkarmottagning

Stureby VC

Verksamhetschef

Olof Ekberg

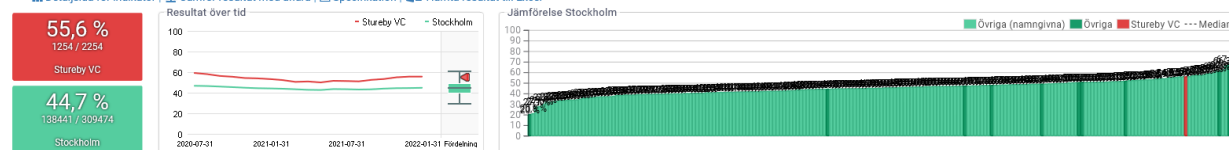
Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 9:

Andel patienter med HT och BT <140/90 mmHg (55,6% 31/12 2021)

☆ HT2L2: Blodtryck vid hypertoni <140/90 mmHg

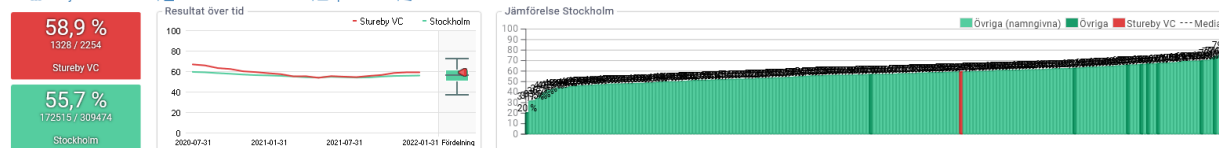
Detaljsida för indikator | Jämför resultat med andra | Specifikation | Hämta resultat till Excel



Andel patienter med HT och BT ≤140/90 mmHg (58,9% 31/12 2021)

☆ HT2L1: Blodtryck vid hypertoni ≤140/90 mmHg

Detaljsida för indikator | Jämför resultat med andra | Specifikation | Hämta resultat till Excel



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.

Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.

 Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, 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 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**
Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

 Dr Malmberg och Rendahl började tidigt med att utforma en ”**allmän checklista vid årskontroll**”, denna låg till grunden för hur en årskontroll skulle se ut (*diagnossättning, riskfaktorinventering och intervention/behandling* (“the big three” - blodtryck, lipider, glukos), u-alb? EKG? Läkemedelsgenomgång? Behov ”årskontrollsmedelände”?)

 För att underlätta utformades även **nya lathundar** (där vi saknade tydliga lokala riktlinjer) för kroniska metabola sjukdomar att använda sig av (hjärtsvikt, njursvikt, FF, stroke, TIA). Avseende Diabetes Mellitus typ 2 samt hypertoni var det sjukdomar som varit föremål för tidigare kvalitetsarbeten och dessa riktlinjer gick också igenom och uppdaterades.

Information om husläkarmottagning	
Stureby VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Olof Ekberg	

Vi skapade även ett förslag på **årskontrollsmeddelande** att ge till våra äldre patienter – i detta ingick info om orsak till besök, genomgång mål-BT, lipid-mål, HbA1c-mål, LM-förändringar, ev annan us och hur åtgärder skulle följas upp (ex vis nytt ssk-besök, prover, åb DR osv) samt om, när och hur pat skulle kallas nästa gång.

Vi har tidigare haft tre olika patientlistor/doktor, som vi själva skapat och bevakar. Dessa omfattar Hemsjukvård, DM typ2 samt "allmän bevakning". För att testa system med väntelista var Dr Rendahl tillsammans med Dr Guterstam på Hökarängens VC och förevisades hur de arbetade med väntelistesystem i TC. De var själva ansvariga för att bevaka sin VL och boka in. På prov har Guterstam och Rendahl börjat testa detta system för att kalla pat. Guterstam har bevakat själv och Rendahl har på försök haft hjälp av ffa undersköterskan Skoglund (men också viss del sekreteraren Carlsson som målat kalendern i specifik admin timme 1 h/v samt ÅK-besök 3x 30 min/v). Usk har då bevakat Dr Rendahl VL, och kallat för prover + besök alt satt upp på admin-timmen.

Dr Malmberg har även delat ut specifik lista till enskild doktor ang pat med diagnos hjärtsvikt under hösten som punktinsats för att se över och förtydliga diagnosen (HfrEF, HfpEF osv) och ta ställning till ev optimerad LM-behandling. Vi har också varit i kontakt med vårt närmaste fys-lab (Globen Heart) för info och stöd av dem kring förtydligande avseende EF så att vi lättare kan diagnossätta och behandla adekvat i primärvården. Vi har också tagit stöd av hjärtsviktskonsulten på vårt närmaste akutsjukhus (SÖS) när vi varit osäkra.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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 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)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal patienter med kronisk diagnos (grupp 2) men ej genomförd årskontroll (krea som markör) senaste 18 månaderna (kommer ändå finnas kvar patienter som inte vill komma, går på annan mott, förlorat diagnosen. Dessutom kommer det möjligen att till komma patienter som får diagnos, men tyvärr kan vi inte få fram andelen på ett lätt sätt.	149 pat	2022-02-20	Minska <50 pat	92 pat	MR4 egen lista	2023-01-26
Indikator 2	DM typ 2 men saknar ifylld NDR-mall senaste 18 månaderna. Ingår patienter som haft DM men ej längre, går på annan	93 pat	202-12-20	Minska <50 pat	71 pat	MR4 egen lista	2023-01-26

Information om husläkarmottagning	
Stureby VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Olof Ekberg	

	<i>mott, ej vill komma etc..så det kommer inte/ska inte bli o.</i>						
Indikator 3	Hypertoni men ej genomförd årskontroll (krea som markör) senaste 18 månaderna <i>Ingår pat som tidigare haft HT men ej längre, sköts på annan mott, vill ej komma, provtagning skett på annan mottagning/inläggning etc</i>	306 pat	2021-12-20	Minska <180 pat	190 pat	MR4 egen lista	2023-01-26
Indikator 4	Hypertoni men blodtryck >140 mmHg senast eller saknar blodtryck senaste 18 månaderna. <i>Antalet patienter med HT varierar och varierar mellan läkarna. Vore bäst med andel men svårare rå fram och följa. Finns även alltid patienter som för tillfället inte ligger i mål, dynamiskt hela tiden. Patienter ligger omväxlande i mål och utanför.</i>	586 pat	2021-12-20	Minska <450 pat	568 pat	MR4 egen lista	2022-11-17
Indikator 5	Antal genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar.	235 pat	2021-01-01--12-07	Öka >360 st	494 pat	MR4 egen lista	2023-01-26
Indikator 6	Årskontroll vid diabetes. (både läkare och ssk)	78,3%	2021-12-31	88% (medel Sthlm PVQ)	92,7%	PVQ	2022-11-30
Indikator 7	Ischemisk hjärtsjukdom och statinbehandling	81%	Senaste 24 månaderna (data från 2022-02-21)	90% (Socialstyrelse nsmål)	84%	Medravn e, översikt IHS	2022-12-29
Indikator 8	Statinbehandling vid CVL	73%	Senaste 24 månaderna (data från 2022-02-21)	80%	79%	Medravn e, översikt CVL	2022-12-29
Indikator 9	Hypertoni med blodtryck <=140 mmHg <i>Tyvärr så saknas dem vi följer med</i>	55,6%	2021-12-31	60%	63%	PVQ	2022-11-30

Information om husläkarmottagning

Stureby VC

Verksamhetschef

Olof Ekberg

Aktnummer (ifylles av HSF)

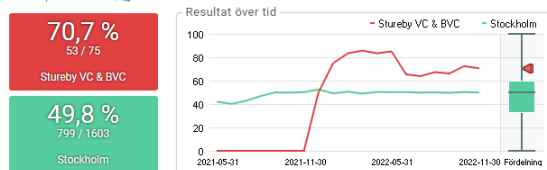
hembloodtryck, vilket gör siffran troligen falskt för låg

Övriga kommentarer:

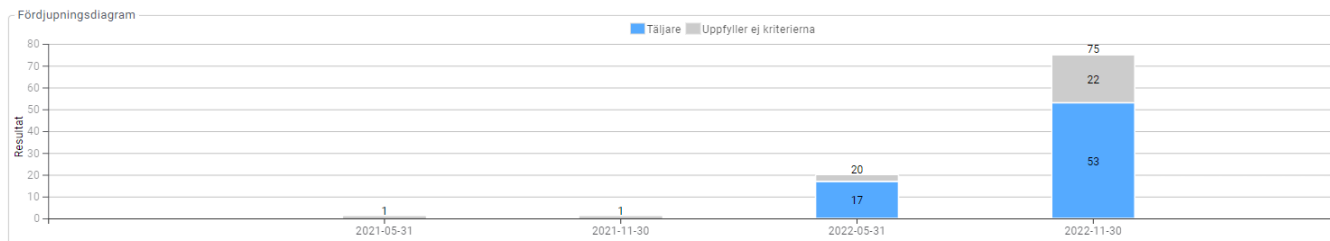
Nedan visar bild på antal pat med HfrEF-diagnos i våras och sedan i nov (efter vår egen genomgång) från 20 till 75 med förtydligad diagnos och vi kan jobba vidare med LM-behandling (endast 70,7% har b-blockad+RAAS-blockad) (bilden tagen 2022-12-29)

☆ Hj05: Andel patienter med HFrEF som behandlas med betablockare och RAAS-blockad

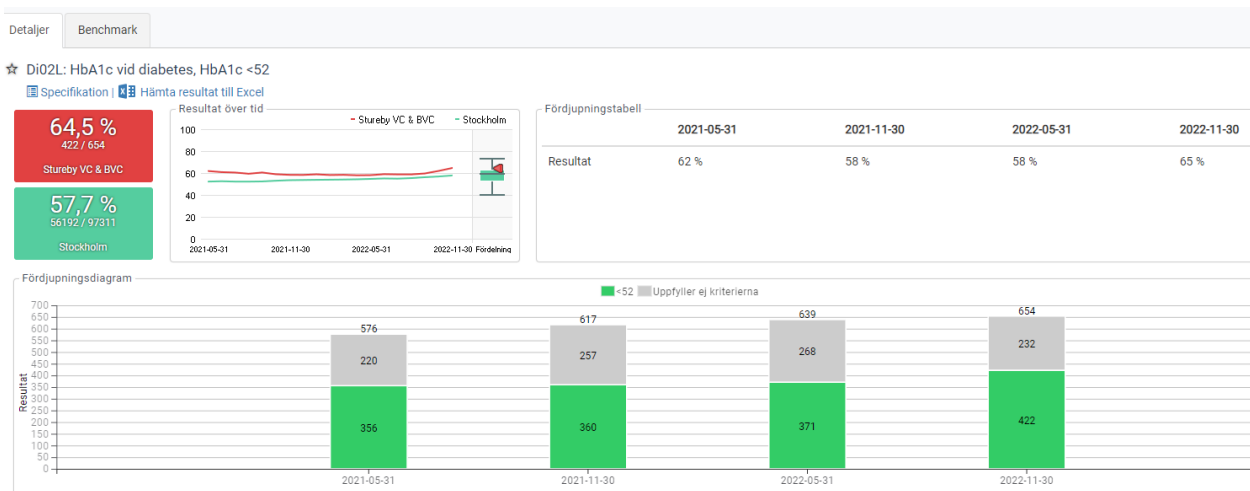
Specifikation | Hämta resultat till Excel



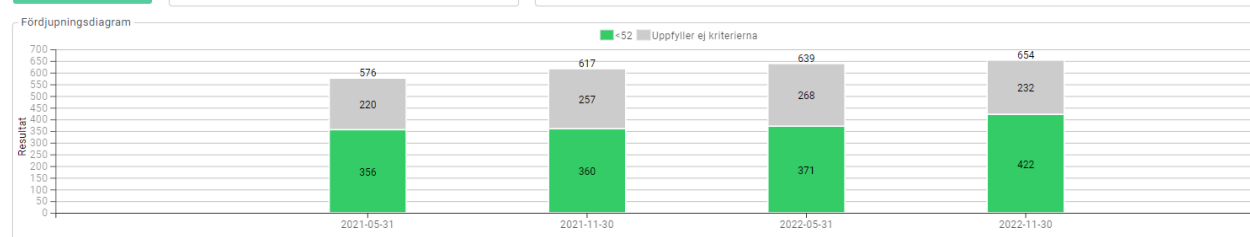
Fördjupningstabell	2021-05-31	2021-11-30	2022-05-31	2022-11-30
Resultat	0 %	0 %	85 %	71 %



Vi kan också se att våra pat med HbA1c <52 ligger fortsatt bra (bild tagen 2022-12-29)



Fördjupningstabell	2021-05-31	2021-11-30	2022-05-31	2022-11-30
Resultat	62 %	58 %	58 %	65 %



Vi har ett färre antal pat med kronisk kardiometabol sjukdom som saknar krea idag (som indirekt tecken på utebliven årskontroll) idag men har inte riktigt nått målet – vi har dock gått igenom våra listor och sett att många går på annan mottagning.

Vi har genomfört fler LMG för våra äldre pat (de över 75 åå).

Vi har färre pat som saknar NDR-mall och påtagligt fler har varit på årskontroll hos läkare (el sköterska) men även där går en del pat på annan mottagning, el har en gammal diagnos, el vill inte komma trots flera erbjudanden.

När det gäller resultatet för våra hypertoniker kan vi se att den stora gruppen som ej når mål-BT el har ett registrerat mottagningstryck har varit den svårast påverkbara gruppen i våra siffror. (Och listan som Dr Malmberg skapar mha Medrave innefattar även hemBT så vi kan inte skylla systemet på att de inte kommer med.) Vi jobbar mer idag med BT-patienterna och vi är måna om de uppdaterade behandlingsmålen (alltså att en stor del av våra BT-patienter bör

Information om husläkarmottagning

Stureby VC

Verksamhetschef

Olof Ekberg

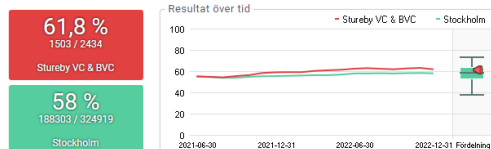
Aktnummer (ifylles av HSF)

ligga lägre än 140/90 (mål < 129/79)) men vi fångar troligen upp fler patienter än tidigare och således kan den nästintill oförändrade ”antal”-siffran vara.

Se figur nästa sida (uttagen från PVK 30/1 2023)

☆ HT02L1: Blodtryck vid hypertoni ≤ 140/90 mmHg

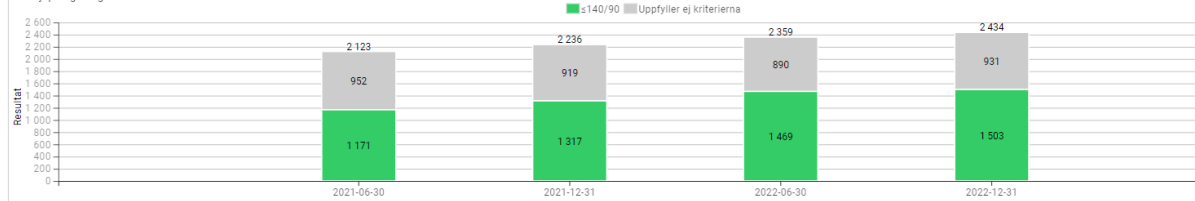
Specifikation | Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabell

	2021-06-30	2021-12-31	2022-06-30	2022-12-31
Resultat	55 %	59 %	62 %	62 %

Fördjupningsdiagram


C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- 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?
- 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.

1. Dr Malmberg har varit huvudansvarig för Medrave-listor och uppdatering ca var 3e månad ang statistik hur vi ligger till kring antal pat avseende indikator 1-5 + 9, vi doktorer har alltså fått listor med försättsblad att gå igenom och sedan använda oss av lathundar och vårdprogram för att optimera våra pat behandling. Vi doktorer har på så vis uppdaterat oss medicinskt kring beh-rutiner för kardiometabola sjukdomar. Njursvikt har också uppmärksamats tydligare. Samarbetet mellan Dr Rendahl och USK Skoglund har gett ökad förståelse och stöd av varandra kring kallelssystem – kanske kan detta byggas vidare på – kanske är det smidigare att Dr bevakar själv som Dr Guterstam gjort och även Dr Ekberg (den senare har skapat en egen ny ”bevakningslista” på det gamla viset där han varje vecka kallat 2 pat rgb).

Systemet med VL behöver vi alltså testa lite mer, ffa för att se att pat inte missas att sättas upp igen (det är mkt man ska hinna med på ett besök ibland; ÅK-meddelande, NDR-mall, LMG, ev nya lab osv så viktigt att ej missa upp på VL – ev ta hjälp av sekreterare då?) Så som vi haft tidigare finns pat alltid kvar på resp lista, men kanske behöver vi fler listor? Men för många listor ger mkt admin...

Kanske skulle undersköterskor/sekreterare kunna hjälpa oss att kalla fler. Många kallade skapar också väntetider – vi gillar att kunna styra över våra tidböcker själva, och ofta ”kan vi våra pat” - och vet vilka ev extraprover som skall tas (TSH, PSA, ntProBNP – ny rutin som vi kan lära ut?

2. ÅK-meddelande samt erbjudande om att kalla pat /sätta på väntelista har varit försök att involvera pat mer. Vi har också fortsatt jobba med HbA1C-termometer för förtydligande av målvärden för våra diabetiker samt riskskattning inför LDL-mål. Att våra hypertoniker får ett uttalat målBT har vi också jobbat med.

De pat som blivit kallade av USK Skoglund till lab + Dr på ÅK har varit mkt nöjda med det sättet – upplevs positivt att man inte ”glöms bort”.

Information om husläkarmottagning	
Stureby VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Olof Ekberg	

3. Vi planerar att fortsätta bevaka denna patientgrupp – kroniker som ofta också är äldre och sköra och att ha årlig el kanske ibland var 15/18 månads kontroll kommer vi fortsätta med. Dock är känslan att vi behöver ge systemet mer tid – vad som är bäst för våra patienter och för oss doktorer kan vara olika och vi vill under nästkommande år fortsätta testa och utvärdera systemet. Om fler vill ta hjälp av sköterska bör detta möjliggöras (så länge det inte gör att andra viktiga funktioner missas).

Vi har också funderingar kring andra kroniska sjukdomar som vi också vill utarbeta system kring och kanske kan detta kombineras under nästa år.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se