

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni hos diabetiker

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Älvsjö Centrum Vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Puja Abar	puja.abar@elots.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Puja Abar Profession: Läkare, verksamhetschef E-post: puja@elots.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p> <p>A: Mayra Donoso Diaz, dsk och diabetes ansvarig sjuksköterska Sahand Sharifzadeh, ST-läkare</p> <p>B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p> <p>B: Information i kallelse om att ta hembloodtryck innan besök enligt denna text:</p>

- ”Ta gärna **hembloodtryckskontroller** inför ditt årliga läkarbesök. Målet är att du ska ligga under 140/85. Skriv upp dina blodtryck och ta med de till ditt besök. Blodtrycket från tre olika dagar helst från morgonen är önskvärt.”

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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under ”Stödmaterial för kvalitetsarbete”

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Genom att titta i Medrave har vi tittat på olika parametrar hos våra diabetiker. På vårdcentralen är det 58 % av våra diabetes typ 2 patienter som har blodtryck < 140/85. Detta landar således under den nationella målnivån som är på 65%. Vi har som mål att nå 68% och höja oss en bit över den nuvarande nivån. Vi ser även att vi behöver implementera riktlinjerna kring minst 2 hypertoni mediciner hos patienterna med hypertoni och har en del arbete där för att få in en tydlig rutin kring detta både hos involverade samt hos berörda patienter som många gånger ställer sig tveksamma till tillägg av mediciner.

Vi vill på detta sätt minimera risken för hjärt-kärlsjukdomar och förtid död till följd av detta. Diabetiker är i övrigt mycket drabbad grupp och har en stor hälsovinst om de uppnår lägre blodtryck.

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.

Diabetiker och deras blodtryck. Optimering av deras behandling samt optimering av blodtrycksnivåer

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till ”Målformulering”: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkytyslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

- **Att vi bland våra diabetes typ 2 patienter ska öka antalet med 2 eller fler läkemedel mot högt blodtryck.**

- **Vårt mål är att 68% av våra diabetespatienter ska ligga < 140/85, från den nivån på 58% som vi ligger på idag.**

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-forbattningstrappa/>

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: Vitrockhypertoni, mottagningsblodtryck inskrives i stället för hembloodtryck

1.1: Att skriva in hembloodtryck i stället för mottagningsvärden, om värdena skiljer sig från varandra
1.2: Ha information i årskontroll-kallelsebrev att hemmätning av blodtryck är önskvärt inför besök på VC. Samt skicka med blankett för detta från viss.nu
1.3: Att patienter får information kring målbloodtryck i årskontroll-kallelsebreven.

2: Patienter skeptiska till flera läkemedel

2.1: Informera patienter att 2 eller fler läkemedel vid hypertoni ofta sparar liv
2.2: Informera om att detta är nya rön
2.3: Ta fram studier som på ett enkelt, pedagogiskt vis informerar om detta.

3: Äldre patienter – mer tillåtande värden

3.1: Att tydligt kommentera i journal om man avviker från mål-värden för blodtryck
3.2: Bättre uppföljning kollegor mellan kring dessa patienter vid överlämningar
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-forbattningstrappa/>

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 snabbspirometri 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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel i % av DM2 patienter som har BT < 140/85	58%	230101-231231	68%	Medrave	Dec 2024
Indikator 2	Andel i % av DM2-patienter med 2 eller fler läkemedel mot hypertoni	11%	230101-231231	35%	Medrave	Dec 2024
Indikator 3						
Indikator 4						
Indikator 5						
Kommentar (valfritt):						
<p>Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)</p> <p>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/verktygslada-forbattringstrappa/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 dra? • Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé? <p>Uppstartsmöte med hela arbetsplatsen med genomgång i Medrave, aktuella studier samt plan framåt.</p> <p>Uppföljning var tredje månad på APM möten där hela gruppen är med för att fånga upp hur arbetet går. Statistik ska sättas upp månadsvis i fikarummet för att motivera samt se förbättring.</p>						
Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.						
<p>Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. ”Boo VC diabetes 2024 del 1” utan att klippa bort del 2 och skicka in som en bilaga (ej länk) i WORDFORMAT namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</p>						

Indikator 5							<i>T.ex. dec 2024</i>
<p>Övriga kommentarer:</p> <p>Vi ser flera faktorer som bidrar till att vi avseende indikator 1 har blivit sämre. Älvsjö Centrum vårdcentral är en relativt ny vårdcentral som växer konstant och har vuxit mycket snabbt. Från januari -24 till dec -24 har vi fått cirka 2000 nya listade patienter. Vi har haft flera vårdcentraler nära oss geografiskt som har haft svårt att erbjuda sina patienter tider, vilket lett till ett stort inflöde av kroniskt sjuka patienter, däribland många diabetiker och hjärtsjuka. Vi har i många fall inte ens hunnit träffa många av de och framför allt inte kommit till punkten att de är inplanerade i vårt ordinarie flöde med besök hos diabetessköterska och årskontroller. Vi har även för att kunna hantera det mycket stora flödet av patienter i perioder behövt ha extra personal som inte alltid varit införstådd med det kvalitetsarbete och rutinerna kring det.</p>							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
<p>Vi har ökat vårt fokus på våra diabetikers blodtryck och när vi gör enstaka stickprov hos patienter som vi har under längre tid ser vi en förbättring samt att fler ordinerats 2 eller fler läkemedel även om vi har en bit kvar till vårt mål. Vi ser vikten av att implementera dessa rutiner även hos mer tillfällig personal för att arbetet inte ska brista med hänsyn till detta. Vi har även lärt oss att patienter uppskattar att involveras i sin egen behandling och ha en större insyn och förståelse i sin behandling. Detta bör även leda till en ökad följsamhet till rekommendationer.</p>							
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?							
<p>Vi har aktivt uppmuntrat patienterna i att vara mer delaktiga i hembloodtrycksmätningar, vilket i stor utsträckning uppskattats. Vi har även i perioder haft information i väntrum att det är välkommet att lämna in lappar med åsikter kring detta, dock har ingen sådan inkommit.</p>							
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.							
<p>Vi ser att vi har en mycket stor utmaning i att hinna ta hand om alla våra diabetiker som flödat in och att vi aktivt behöver arbeta vidare med detta projekt genom att fortsätta fokusera på hembloodtrycksmätningar och att öka antalet patienter som får 2 eller fler lkm. Vi har ett gediget arbete framför oss att skapa struktur som enkelt kan implementeras även när det kommer större flöden av patienter och ser att det är fullt möjligt med hjälp av struktur och tydliga lathundar som vikarier kan få.</p>							
<p>Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2 t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i WORDFORMAT som BILAGA namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.</p>							