

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Diabetes och hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Attundahälsan familjeläkarmottagning	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Anousheh Ghamari Abar	anousheh.ghamari.abar@attundahalsan.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: Martina Aaro Profession: ST-läkare E-post: martina.aaro@attundahalsan.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>
A: Anousheh Ghamari Abar – läkare/verksamhetschef Mino Zakariai – diabetes DSK
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: I kallelse för årskontroll diabetes kommer vi införa en rad med följande information samt skicka med en hembloodtryckslapp från viss.nu.

- ”Ta gärna **hembloodtryckskontroller** inför ditt årliga läkarbesök. Målet är att de flesta ska ligga under 140/85. Om du har någon idé hur du vill involveras mer i eventuell behandling av ditt blodtryck, lämna gärna en lapp till receptionen märkt med ”förbättringsarbete 2024”.”

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?

*Vi har i Medrave upptäckt att vi endast har 46% av våra diabetes typ 2 patienter som har blodtryck < 140/85. Nationell målnivå för typ2 diabetes är att minst 65% ska ligga < 140/85. * Detta vill vi uppnå.*

Diabetes och hypertoni innebär tillsammans en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Därför är det viktigt att dessa blodtryck optimeras.

Det finns även riktlinjer att vi kan spara liv om en patient har minst 2 läkemedel mot sitt höga blodtryck.

**Källa: Medrave – med förklaring: Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård har flera tydliga indikatorer: Indikator B3 avseende blodtryck innebär ett mål på nationell nivå att $\geq 65\%$ av typ2-diabetikerna har < 140/85 mmHg.*

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.

Diabetes och högt blodtryck.

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:

<ul style="list-style-type: none"> - Vårt mål är att 65% av våra diabetespatienter ska ligga < 140/85 (nationell målnivå). - Att vi bland våra diabetes typ 2 patienter ska öka antalet med 2 eller fler läkemedel mot högt blodtryck. 	
<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>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/</p>
1: Vitrockhypertoni, mottagningsblodtryck inskrives i stället för hembloodtryck	<p>1.1: Att skriva in hembloodtryck i stället för mottagningsvärden, om värdena skiljer sig från varandra</p> <p>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</p> <p>1.3: Att patienter får information kring målbloodtryck i årskontroll-kallelsebreven.</p>
2: Patienter skeptiska till flera läkemedel	<p>2.1: Informera patienter att 2 eller fler läkemedel vid hypertoni ofta sparar liv</p> <p>2.2:</p> <p>2.3:</p>
3: Äldre patienter – mer tillåtande värden	<p>3.1: Att tydligt kommentera i journal om man avviker från mål-värden för blodtryck</p> <p>3.2:</p> <p>3.3:</p>
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p> <p>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 snabbspirometriker per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)</p> <p>APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/</p> <p>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.</p>	

	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	<i>Andel i % av DM2 patienter som har BT < 140/85</i>	46%	230101-231231	65%	Medrave	<i>Dec 2024</i>
Indikator 2	<i>Andel i % av DM2-patienter med 2 eller fler läkemedel mot hypertoni</i>	44%	230101-231231	55%	Medrave	<i>Dec 2024</i>
Indikator 3						
Indikator 4						
Indikator 5						

Kommentar (valfritt):

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.

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/verktygslada-forbattningstrappa/>

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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

- Vi kommer ha information på våra läkarmöten samt ssk/läkarmöten, kring förbättringsarbetet, vad målet är och hur vi hoppas nå dit.
- Regelbundet kommer vi uppdatera med information (antingen från mig som ST eller från vår diabetes DSK) kring hur vi lägger till i förhållande till vårt mål.

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

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

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

Vi har låtit våra diabetes-patienter bli mer delaktiga i sin vård av sitt blodtryck. Detta genom att införa information i kallelsebreven, att hemmätning av blodtryck är önskvärt inför årlig diabetesårskontroll av doktor. Med varje årlig kallelse har även vår diabetes dsk skickat med en blankett för hembloodtrycksmätning från viss.nu. Upplevelsen är att fler patienter kommer med hembloodtryckslappar ifyllda till doktorbesöken och uppskattat detta. För oss doktorer får vi fler blodtrycksvärden att gå på inför beslut kring ev korrigerande av medicineringen.

Vi använder oss av patienternas hembloodtrycksmätningar i större grad i journalföringen.

Vi har pratat på läkarmöten och påmint om målblodtryck för våra diabetes patienter. Vi har skapat påminnelse-händelser i alla doktorers tidböcker kring målblodtryck. Mail har ibland gått ut till alla doktorer med påminnelse om målblodtryck.

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	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum / period för resultatvärdet
Indikator 1	<i>Andel i % av DM2 patienter som har BT < 140/85</i>	46%	230101-231231	65%	58%	Medrave	240101 - 241211
Indikator 2	<i>Andel i % av DM2-patienter med 2 eller fler läkemedel mot hypertoni</i>	44%	230101-231231	55%	46%	Medrave	240101 - 241211

Indikator 3							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2024</i>

Övriga kommentarer:

Vi har lyckats höja antalet patienter med BT < 140/85. Vi uppnår dock inte målet som var, att hamna på 65%. En del arbete finns således kvar, men kan ev även förklaras av ibland olika sätt att dokumentera patienters blodtryck. Detta är något vi pratat om upprepat under året.

Antalet med 2 eller fler läkemedel mot hypertoni ligger i princip oförändrat. Detta är dock svårt att uttala sig om. Vi känner till att 2 eller fler läkemedel för hypertoniker ofta sparar liv. Men en del patienter har biverkningar och andra är sköra äldre som vi går långsamt fram med. Så detta blir inte alltid den viktigaste faktorn att se till, i förhållande att förbättra våra patienters blodtryck/mående.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har blivit mer uppmärksamma på blodtrycket hos våra diabetiker. Många patienter uppskattar att fylla i hembloodtryck och att på sätt involveras mer i sin vård. Sedan har vi lärt oss att vi dokumenterar blodtrycket på olika sätt. En del blodtrycks-värden tror vi har skrivits i löpande text på aktuellt (av alla hembloodtryckvärden som pat kommer med). Då blir det svårt att mäta för oss i medrave.

Vi har även lärt oss att förbättringar/ändring av rutiner tar tid. Initialt är det ofta svårt att få alla doktorer att göra likadant, vi har alla våra olika invanda vanor för dokumentation.

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?

Patienterna har uppmuntras vara mer delaktiga i hembloodtrycksmätningar, vilket verkar ha uppskattats. Många har kommit med förifyllda hembloodtryckslappar som skickats med inför diabetes-årskontrollerna hos doktor. Även genom att införa information i kallelsebrev att patienterna gärna själva får lämna en lapp i receptionen om de har någon idé hur de vill involveras mer i ev behandling av sitt blodtryck. Dock har ingen sådan lapp kommit in.

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.

Vi ser att vi fortsatt behöver tänka på blodtrycket för våra diabetiker och detta kommer följa med oss framöver. Vi har förbättrat oss, men det finns mer utrymme till förbättring/få in det bättre i vår dokumentation.

Vi ser positivt på att engagera patienterna mer i sina blodtrycksbehandlingar. Vi kommer fortsätta skicka med hembloodtryckslappar med varje årskontroll-kallelse inför diabetes besöken. Vi ser även över möjligheten att införa liknande kallelse-information i övriga årskontroll brevkallelser, såsom hypertoni-årskontroller.

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
forbattringsarbeten.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.