

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni hos diabetiker

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Sofia Vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Lena Ohlen	Lena.ohlen@sofiavardcentral.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 del 1 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: Anousheh Ghamari Profession: Läkare E-post: anousheh.ghamari.abar@sofiavardcentral.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: Eva Skoot , dsk och diabetes ansvarig sjuksköterska Anita Larsson, dsk och diabetes ansvarig sjuksköterska</p> <p>B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p> <p>B: Patientenkät kring upplevelse av att ta hembloodtryck samt 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?

Vi ser i Medrave att vi har 58% av våra diabetes typ 2 patienter som har blodtryck <140/85. Nationell målnivå för typ2 diabetes är att minst 65% ska ligga på <140/85. Vi vill nå denna nivå under året. Detta för att minska riskerna för hjärtkärlsjukdomar hos våra diabetiker som redan är en utsatt grupp. Genom att behandla blodtryck på korrekt sätt med de uppdaterade rekommendationer som finns kan vi se till att minimera den inverkan som hypertoni kan ha på dessa patienter.

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.

Optimera behandlingen av hypertoni hos diabetiker.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

- **Vårt mål är att 65% av våra diabetespatienter ska ligga <140/85 (nationell målnivå). Vi ska höjda oss från dagens 53%**
- **Att vi bland våra patienter med diabetes typ 2 ska öka antalet med 2 eller fler läkemedel mot högt blodtryck.**

Idéer till lösningar (För att nå målen)

<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>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>					
<p>1: Vitrockhypertoni, mottagningsblodtryck inskrives i stället för hembloodtryck</p>	<p>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-kallelsebrevet.</p>					
<p>2: Patienter skeptiska till flera läkemedel</p>	<p>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:</p>					
<p>3: Äldre patienter – mer tillåtande värden</p>	<p>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:</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 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/</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>						
	<p>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka</p>	<p>Nuläge = Startläge (% eller antal)</p>	<p>Datum /period för startläge</p>	<p>Mål (% eller antal)</p>	<p>Källa (t.ex. Med-rave)</p>	<p>Datum för att uppnå målvärdet</p>

Indikator 1	Andel i % av DM2-patienter som har BT <140/85	53%	230101-231231	65%	Medrave	Dec 2024
Indikator 2	Andel i % av DM2-patienter med 2 eller fler läkemedel mot hypertoni	42%	230101-231231	52%	Medrave	Dec 2024
Indikator 3	Antal patientenkäter	0	30101-231231	25 st		Dec 2024
Indikator 4						
Indikator 5						

Kommentar (valfritt):
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?

- Genomgång i hela arbetsteamet kring projektet med bakgrund till varför det är så viktigt att förändringar genomförs så vi får en grupp som också förstår på djupet vad vi jobbar emot.
- Regelbunden uppföljning på läkarmöten, sköterskemöten samt på APT möten men statistik från Medrave varje kvartal.

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

Genom att engagera våra kroniskt sjuka patienter i sin behandling upplever vi att vi ökat förståelsen hos många när det kommer till den helhetsbild som krävs när man behandlar diabetes. Vi har låtit de ta sitt eget blodtryck. Detta genom att införa informationen i kallelsebrevet om att de ska kontrollera ett hembloodtryck innan årskontroller men ibland även inför andra uppföljande besök. Inför årliga kontroller har hembloodtryckslappar från viss.nu skickats med.

Vi använder oss i större utsträckning av hembloodtryckvärdena i journalföringen.

Vi har regelbundet mailat ut för att påminna om att inte glömma projektet. Vi har påmint på läkarmöten och då och då kollat upp hur det går för oss rent statistiskt för att baserat på detta förstå vad som ytterligare behöver göras.

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	Andel i % av DM2 patienter som har BT <140/85	53%	230101-231231	65%	58%	Medrave	Dec 2024
Indikator 2	Andel i % av DM2-patienter med 2 eller fler läkemedel mot hypertoni	42%	230101-231231	52%	47%	Medrave	Dec 2024
Indikator 3	Antal patientenkäter	0	30101-231231	25 st	28 st		Dec 2024
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Vi upplever att vi kommit en bit på vägen och förbättrad resultaten avseende patienternas blodtryck, och tagit oss cirka halvvägs mot slutmålet som vi hade satt upp. Vi ser att en stor del i arbetet också handlar om korrekt dokumentation som vi ska arbeta vidare med.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Genom att engagera våra kroniskt sjuka patienter i sin behandling upplever vi att vi ökat förståelsen hos många när det kommer till den helhetsbild som krävs när man behandlar diabetes. Enligt våra patientenkäter ger det även i högre utsträckning en känsla av kontroll och engagemang i sin egen behandling. Det är stor diskrepans många gånger mellan hembloodtryck i lugn miljö än blodtryck på mottagningen och det är en stor indikator för överbehandling och ev också onödiga läkar- eller sköterskebesök. Genom att påminna läkargruppen har vi även ökat andelen patienter som får två eller fler lkm, vilket också tyder på att vi behöver uppdateras och påminnas om de riktlinjer som finns framförallt för oss som arbetar inom allmänmedicin med ett så brett och vitt ansvarsområde.

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?

Genom att uppmuntra egna mätningar och också genom att involvera dem i orsaken till varför. Patientenkäterna är ännu ett sätt att lyfta att vi har ett patientperspektiv i vårt arbete.

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 kommer att fortsätta med detta arbete, och fokusera på att våra diabetiker optimerar sina blodtryck. Vi har ännu inte nått vårt mål och ser utrymme för ytterligare förbättringar. Vi kommer att införa som standard att skicka med hembloodtryckslappar med årskontrollerna inför diabetesbesöken. Eventuellt kan vi även införa detta för våra hypertoni-patienter.

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.siso@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.