

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Djursholms Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Alva Enander	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

del 1 och del 2

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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.hsf@sll.se senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

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.
Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

Anne-Barbara Witte, ST Läkare (anne-barbara.witte@sll.se)
Catharina Lindman, Distrikts- och diabetessköterska
Zohreh Mohseni, Undersköterska och fotvårdare

Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **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.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck

Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke

Vi har kartlagt kvaliteten på vården vid Djursholms Husläkarmottagning utifrån siffror i MedRave (tittat på olika indikatorer och jämförd värdena med Nationella Riktlinjerna) och PrimärvårdsKvalitet (jämförelse i första hand med riksgenomsnitt). Generellt har vi goda resultat, förbättringspotential finns bland annat inom diabetesvården, mer specifikt gällande indikatorer som relaterar till risken för hjärt-kärlsjukdom. Ur nationella riktlinjerna för diabetesvård (och andra rapporter) framgår tydligt att god riskfaktorkontroll, inkluderande kontroll av HbA1c, blodfetter och blodtryck, är betydelsefull för att förhindra utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom med döden som yttersta konsekvens. Socialstyrelsens riktlinjer förordar statinbehandling till alla med typ-2 diabetes och måttligt förhöjd hjärt-kärlrisk. Enligt data i PrimärvårdsKvalitet är andelen av våra diabetespatienter som behandlas med statiner 46 % (januari 2019) vilket är lågt både jämförd med riksgenomsnittet (59 %), landstinget (56 %) och jämförd med nationella riktlinjer. Förskrivningen av

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Djursholms Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Alva Enander	Aktnummer (ifylles av HSF)

statiner för diabetes patienter har dessutom haft en nedåtgående trend under 2018. Andelen av diabetespatienter med ett blodtryck $\leq 140/85$ är 63 % (januari 2019), även här syns en nedåtgående trend, och värdet ligger strax under genomsnittet för Stockholm i övrigt (65 %) eller riket (64 %). Gällande HbA1c < 52 ligger vi i nivå med övriga Stockholm och riket i sin helhet (53 % januari 2019).

Vi har även tittat på registrering av fotstatus, vilket enligt Nationella Diabetes Registret vid kvalitetsarbetets start enbart fanns registrerad hos 63 % av våra patienter. Vi blev förvånade då vi har en egen fotvårdare som regelbundet följer diabetes patienterna och även genomför fotstatus, och då ett fotstatus även ingår i läkarnas årskontroller. I samband med information kring kvalitetsarbetet på APT och läkarmöten tog vi upp ämnet och hittade en del felkällor för bristande registrering, det spelar bl a roll vilken mall eller sökord man använder vid dokumentation.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

Som övergripande tema väljer vi "Kardiovaskulär prevention vid diabetes".

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt

T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra diabetespatienter med mål att minska risken för hjärt-kärlkomplikationer.

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.
 - Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).
- Vi har tittat i nationella riktlinjer, på våra rutiner, brainstormat och använt fiskbensdiagram för att ta fram idéer. Bland förbättringsidéerna fanns följande:
 - Uppdatera våra diabetesriktlinjer i linje med socialstyrelsens rekommendationer
 - Uppdatera vår diabetes mall (tillägg av rad "Analyssvar LDL kolesterol" och "LDL målvärde")
 - Utbilda personal i användandet av NDR riskmotorn för hjärt-kärlsjukdom hos diabetespatienter
 - Utforma en patientinformation om kardiovaskulär prevention inkl. statinbehandling
 - Utveckla diabetesmottagningen bland annat med syfte att öka sköterskans ansvar för behandling (bedöma prover och blodtryck, samtala med patienter kring statinbehandling, lägga in receptförfrågan till läkare, självständig trappa upp hypertoni behandling till målvärde)
 - Utse en läkare som kan fungera som konsult för diabetesmottagningen och ta emot frågor från övrig personal vid regelbundna möten, samt organisera internutbildning kring diabetes
 - Våra diabetespatienter har relativt högt snittålder vilket ställer ökade krav på en fungerande vardag, samt ökar risken för biverkningar och komplikationer. I regel är patienterna aktiva med hög kognitiv funktion och vill medverka till sin behandling. Våra patienter har även ett starkt önskemål om kontinuitet.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Djursholms Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Alva Enander	Aktnummer (ifylles av HSF)

För att involvera patienterna skulle man kunna använda patientenkäter, skicka ut patientinformation till alla och organisera patientutbildning. Det ska finnas möjlighet för patienten att ställa frågor och medverka till besluten kring behandling av blodtryck och statiner. Kontinuiteten kan bevaras med en välfungerande diabetesmottagning som bemannas av samma sköterskor. Sköterskorna ska ha utbildning i motiverande samtal, för information kring och motivering till livsstilsåtgärder i hjärt-kärlpreventivt syfte.

Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) 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, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 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)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel diabetiker med statinbehandling	46 %	190131	57 %	20200131
Indikator 2	Andel diabetiker med blodtryck ≤140/85	63 %	190131	66 %	20200131
Indikator 3					
Indikator 4					
Indikator 5					

Kommentar (valfritt): Målvärden satta utifrån genomsnittet i landstinget (vårt mål är att hamna strax över genomsnittet med en procentenhet, vilket vi ansåg kunna öka motivationen hos både arbetsgruppen och övriga medarbetare).

Vilka källor tar ni era data från: Kvalitetsindikatorer i PrimärvårdsKvalitet. Detta förklarar även ovan satta datum (tidsfiltret kan ställas in med 6 mån intervall med förinställda datum). Vi har även jämförd med NDR, där det dock finns viss diskrepans i antalet patienter (inte riktigt alla verkar registrerade i NDR för 2019).

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. 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 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Djursholms Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Alva Enander	Aktnummer (ifylles av HSF)

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Initialt tänkte vi titta på statinbehandling och fotstatus hos våra diabetiker, där vi hade de sämsta värdena. Ganska snart insåg vi att de allra flesta patienterna fick ett fotstatus genomförda, men att detta inte syntes i statistiken pga. registrering på "fel sökord". Vi pratade om detta på APT möten och försökte uppmuntra till att registrera rätt i journalen, vilket kan ses som ett varv med förbättringshjulet.

Därefter fokuserade vi på diabetes och risken för hjärt-kärlsjukdom, där en del preventivt arbete återstår för våra patienter. Med denna ändring satte vi igång ett "nytt förbättringshjul". Systemet MedRave (och därmed PrimärvårdKvalitet) hämtar siffrorna för statinbehandling, LDL värden eller blodtryck, direkt från läkemedelsmodulen/mätvärden, siffrorna är därmed mera tillförlitliga. För att förbättra våra värden, satsade vi primärt på ökad utbildning/medvetenhet kring problematiken. Vi utformade en patientinformation kring hjärt-kärlsjukdom, där dock förändringshjulet stannade av i och med att informationen ännu inte hunnit fördelas bland patienterna. Vi pratade om projektet vid APT och började med "fredagskvartar" där någon i personalgruppen utbildade övriga i följande ämnen: Användande av NDR, Lipidbehandling vid diabetes, Hjärtsvikt, Diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Med varje utbildningstillfälle blev det lättare att organisera upp dessa tillfällen, då vi förstod hur vi lättast skulle kommunicera ut och förbereda oss för tillfällena.

Vi har även jobbat med uppdatering av våra rutiner, där både livsstilssamtal och regelbunden kontroll av BT och blodfetter ska ingå. För detta arbete hade vi under en period en timme avsatt/vecka, där vi samtidigt hade som mål att ronda "kneppatienter", det visade sig dock att tiden var för kort och låg för dåligt placerad i schemat för att samla alla gruppmedlemmar vid alla tillfället, vilket nog var främsta anledningen till att just detta förändringshjul slutade rulla.

I varierande omfattning har vi lyckats implementera dessa förändringar i det dagliga arbetet. Tidsbrist och underbemanning, ombyggnation samtidigt som kvalitetsarbetet pågick, byte av ansvarig person mm, har lett till många inställda möten, bristande kontinuitet i arbetet och i informationsöverföringen till övrig personal. Samtidigt som kvalitetsarbetet pågick, drevs andra viktiga förändringar vid mottagningen och i samverkan med andra mottagningar, vilket ledde till att kvalitetsarbetet fick mindre fokus. Samma faktorer satte käppar i hjulet för utvecklingen av en mera självständig sköterskedriven diabetesmottagning, vilket vi hade tänkt driva som ett "separat men kompletterande förändringshjul" parallellt till årets kvalitetsarbete.

Bland annat för att ge arbetet "nytt bränsle", höll gruppen en informerande föreläsning under höstens planeringsdag. Denna handlade om förändringsarbete som koncept (innehållet taget från Primärvårdssatsningen kvalitetskurs) och redogjorde för kvalitetsarbetets status. Under planeringsdagen fick alla i personalen fundera över hur man skulle kunna organisera sköterskeledda mottagningarna för diabetes, och andra kroniska sjukdomar.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Djursholms Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Alva Enander	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel diabetiker med statinbehandling	46 %	190131	57 %	49 %	20200131
Indikator 2	Andel diabetiker med blodtryck ≤140/85	63 %	190131	66 %	57 %	20200131
Indikator 3						
Indikator 4						
Indikator 5						

Övriga kommentarer:

Tittar man på kurvan för statinbehandling under 2019, så har den nedåtgående trenden vänt. Kurvan har stabiliserats och vi har börjat "få upp värdet" något. Detta innebär att effekten av vårt arbete i realitet är större än vad siffran visar, i och med att vi har lyckats vända en negativ trend.

Inom personalgruppen har man upplevt att det är generellt svårt motivera våra patienter till behandling med statiner. Vi har spekulerat över huruvida det kan bero på att vi har en åldrande befolkning i Djursholm, där rädslan för biverkningar är större och den förväntade livslängden lägre. Filtrera man dock för de yngre åldersgrupperna 30-59 år och 60-69 år. ligger vi fortfarande under genomsnittet för både riket och landstinget. Att trenden dock har vänt under senaste året syns tydligast i dessa åldersgrupper. För gruppen 60-69 år låg vi på 29 % januari 2019 och ligger på 41 % nu ett år senare, vilket ändå får anses vara ett imponerande fint resultat, även om arbete återstår för att uppnå en högre siffra än andra vårdcentraler i Stockholm.

För blodtrycksbehandlingen har den nedåtgående trenden fortsatt. I MedRave kan man titta på samtliga patienter som har ett blodtryck registrerade och tittar man på utvecklingen genom åren så har trenden gått mot högre och högre blodtryck sedan 2014, detta gäller alltså inte bara våra diabetespatienter. Vi får titta närmare på hur vi följer gällande riktlinjer för behandling av blodtryck, inte minst vid diabetes.

Grad av rapportering kan också spela in. I NDR kan man titta på "rapporterad indikator" i förhållande till antalet registrerade patienter. Ett blodtryck har under året 2019 registrerats hos 147 av 157 registrerade diabetiker. Statinbehandling är heltäckande, då informationen hämtas direkt från läkemedelsmodulen. Däremot inkluderas inte andra läkemedel med lipidsänkande effekt. Tittar man närmare på detta i MedRave, har vi vid vårdcentralen dock enbart två patienter som istället för statiner står på fibrater eller resiner, och dessa två patienter har ingen diabetes diagnos.

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Djursholms Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Alva Enander	Aktnummer (ifylles av HSF)

<p>1. Det är svårt att implementera nya arbetssätt. För att förändringar ska vara hållbara krävs en projektgrupp som leder enheten igenom förändringen med god kontinuitet, avsatt tid för både arbetet med projektet, men även för information av övriga personalen så att så många som möjligt blir involverade, och med kvalitet i fokus. Ledningen kan spela en avgörande roll för att skapa sådana förutsättningar. Vi har även lärt oss att vi bör sätta våra målvärden på rimlig nivå utifrån utgångsvärden och trend. En annan lärdom är att inte sätta igång för många förändringshjul samtidigt, då detta riskerar att leda till att inget av förändringshjulen får tillräckligt med fokus och resurser för att "hållas rullande".</p>
<p>2. I och med att samtliga i personalen uppdaterades i vikten av preventivt arbete mot hjärt-kärlsjukdom hos diabetespatienter med tyngd på lipider och blodtryck, har det förhoppningsvis lett till att dessa faktorer i ökad omfattning diskuterats i mötet med patienten. Vi har utformat en patientinformation som kortfattad beskriver projektet och vikten av hjärt-kärlprevention vid diabetes och hur detta kan uppnås. Det nämns i denna information även att det pågår ett kvalitetsprojekt. I slutet av sidan uppmantras patienten till att söka sig till vårdcentralen för kontroll av blodtrycket med optimering av medicineringen, provtagning lipider och diskussion av statinbehandling samt vid behov hjälp med rökavvänjning. Tanken är att patienterna i större utsträckning än idag ska få ta ansvar för sin behandling.</p>
<p>3. Som nästa steg tänker vi öka medvetenheten kring NDR och online verktyget "Knappen" som är tillgänglig för alla. Patienterna kan få information i samband med besöken eller i samband med en "temakväll"/grupputbildning kring diabetes. I NDR finns även en funktion där patienten kan följa sina egna registerresultat, vilket inte många patienter vet om.</p> <p>Vi har i dagsläget 169 diabetes patienter, varav drygt hälften saknar statiner. Detta är en hanterbar grupp även för punktinsatser, dvs att man kontaktar patienterna utan behandling och erbjuder kontroll av lipidprofil och behandlingsdiskussion.</p> <p>Övervikt/BMI är en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom vilket vi skulle kunna titta närmare på genom att analysera hur många av våra diabetespatienter som har en registrerad vikt och vad deras BMI ligger på i jämförelse med målvärden för normalvikt, samt genom att titta på förbättrande åtgärder. Detsamma gäller rökning. Patienternas egna engagemang till livsstilsförändringar borde kunna ökas genom ökad mängd motiverande samtal och multimodala insatser (i samarbete med rehab enhet).</p> <p>För att med ett bredare perspektiv förbättra diabetesvården hos oss ytterligare, samtidigt som man involverar patienterna, skulle vi kunna använda oss av patientrapporterade utfallsmått för att ta reda på hur patienterna mår med sin sjukdom och hur de upplever vården som vi erbjuder, exempelvis kan vi använda oss av NDR:s validerade patientenkät.</p> <p>Och för att mera tydligt visa våra ambitioner kring kvalitet, kan en "förbättringstavla" med kortfattad, illustrativ och uppdaterad information kring våra pågående projekt vara av värde. Tavlan kan med fördel placeras där den är väl synlig för både personal och patienter.</p>
<p>4. Följande register: MedRave. PrimärvårdsKvalitet. Nationella DiabetesRegistret. Därutöver har vi hämtat information från Stockholms handläggningsstöd för Primärvården VISS, socialstyrelsens hemsida och läkemedelsverket.</p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Djursholms Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Alva Enander	Aktnummer (ifylles av HSF)

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.hsf@sl.se