

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vårdcentralen Hökarängen	
Verksamhetschef Dr Berit Svensson	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 forbattringsarbeten.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.

Agnes Lutz (läk) agnes.lutz@vchn.se, Malin Borg (dsk), Helena Dreber (läk), Mariann Samuelsson (dsk)

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

Vårdcentralen Hökarängen (VCHN) bedriver vård i ett område med en relativt hög sjuklighet gällande flertalet av våra folksjukdomar (bland annat diabetes, hypertoni, hjärtsvikt, KOL, astma, fetma). Många patienter lider av multisyjuklighet och har behov av regelbundna, strukturerade kontroller för att få kunskap, delaktighet och god behandling för sina sjukdomar. De har oftast behov av multiprofessionellt omhändertagande såväl inom vårdcentralen som andra delar av vården. Vi har de senaste åren fokuserat på olika folksjukdomar i våra kvalitetsarbeten (hypertoni och kardiovaskulär sjukdom, KOL och astma mm) och uppnår som regel bra resultat vid nationella jämförelser och måluppfyllelser.

Ett område vi ännu inte kvalitetsarbetat med och där nya behandlingsmöjligheter lett till uppdaterade rekommendationer samt utökade möjligheter till strukturerad uppföljning är diabetes. När vi tittar på våra data i NDR ser vi att vi avviker åt det sämre jämfört med riksgenomsnittet för lipidsänkande behandling (mått 2018: 18,6%, riksgenomsnitt 62,1%), förekomst av albuminuri (mått 2018: 37,3%, riskgenomsnitt 21,1%) samt andel med uppnått målblodtryck (mått 2018: 47,9%, riksgenomsnitt 56,6%). För övriga parametrar (HbA1c-mål, fotundersökning,

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vårdcentralen Hökarängen	
Verksamhetschef Dr Berit Svensson	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 lipidsänkande läkemedelsbehandling (NDR)	18,6%	2018	50%	NDRs årsrapport för 2019, avläses 2020-01-30.
Indikator 2	Andel diabetiker med förekomst av albuminuri (NDR)	37,3%	2018	30%	NDRs årsrapport för 2019, avläses 2020-01-30.
Indikator 3	Andel diabetiker med blodtryck < 140/85 (NDR)	47,9%	2018	54%	NDRs årsrapport för 2019, avläses 2020-01-30.
Indikator 4	Antal genomförda fiskbensdiagram inklusive uppföljande .	0	2019-04-01	2	20191001
Indikator 5	Antal genomförda patientintervjuer.	0	2019-04-01	10	20191001

Kommentar (valfritt):

Indikatorer 1-3 är våra utfallsmått, där indikator 2 sannolikt är svår att påverka på kortare sikt. Indikatorer 4-5 är våra processmått.

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: forbattringsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vårdcentralen Hökarängen	
Verksamhetschef Dr Berit Svensson	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.

Vi har arbetat genom att inventera tankar och förslag i läkar- och distriktssköterskegrupperna i kvalitetsarbets samtliga steg. Båda yrkeskategorierna har bidragit med såväl förbättringsförslag för patientomhändertagande som inrapportering av data.

I ett första skede togs utgångsvärden fram för våra utfallsmått (indikator 1-3), dels för hela mottagningen, dels uppdelat per läkare. Varje läkare fick en lista med sina diabetiker (framtagen från Medrave med angivelse av utfall för indikator 1-3) för genomgång. I detta testskede framkom tydligt att värdena för indikator 1 inte var korrekta, samtliga läkare hittade patienter som de facto hade en aktiv lipidsänkande behandling men som rapporterats som att de ej haft detta. Detsamma gällde i mindre utsträckning för indikator 2, där det framkom oklarheter kring vilka nivåer för albuminuri som föll ut i NDR. Arbetet har därför därefter genomförts utifrån två aspekter: dels den konkreta medicinska vården, dels inrapportering av data för att få korrekta värden att analysera.

Gällande det primära målet – att förbättra behandlingsbara riskfaktorer hos våra patienter med diabetes – har vi under 2 läkarmöten och distriktssköterskemöten diskuterat våra siffror. Fiskbensdiagram har använts för att metodiskt samtala kring problematiken. Tänkbara huvudorsaker som framkommit till att patienter ej är insatta på lipidsänkande behandling (indikator 1) eller ej uppnått målblodtryck (indikator 3) är främst patientrelaterade (delorsaker: kontraindikationer, patientpreferenser och biverkningar vid tidigare försök) samt vårdgivarrelaterade (bristande tid att uppmärksamma samtliga riskfaktorer, bristande kunskap kring uppdaterade riktlinjer). Mer ”materialrelaterade” orsaker, i detta fall främst relaterade till tillgängliga behandlingsmetoder, har inte setts som åtgärdbara på lokal nivå (utbudet av läkemedel och icke-farmakologiska behandlingsmetoder är givetvis utom räckhåll för lokala förbättringsarbeten). Gällande indikator 2 (förekomst av albuminuri) är utfallet beroende av flera faktorer där vissa är patientbundna, andra är beroende av medicinsk behandling, där vi haft svårt att identifiera tydliga huvudorsaker. Vi har gått igenom på läkarmöten och i vårt e-ledningssystem kring nya riktlinjer och rekommendationer vad gäller diabetesvård och lipidsänkande behandling så att alla läkare är uppdaterade kring nya riktlinjer och i samband med det haft etiska diskussioner kring rekommendationer och individanpassning för patienten.

Gällande inrapportering av data har läkargruppen tillsammans med distriktssköterskegruppen systematiskt gått igenom hur vi rapporterar till NDR (dataöverföring från Medrave), vilken statistik som går över per automatik tex via läkemedelsregister och vilken vi aktivt behöver rapportera genom journaltext. Vi har även haft e-postkontakt med såväl Medrave som NDR under kvalitetsarbetets gång för att klargöra hur dataöverföringen går till samt korrigera de felaktigheter som framkommit.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vårdcentralen Hökarängen	
Verksamhetschef Dr Berit Svensson	Aktnummer (ifylles av HSF)

--

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)

	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 lipidsänkande läkemedelsbehandling (NDR)	18,6%	2018	50%	48,8%	NDRs årsrapport för 2019, avläst 2020-01-30.
Indikator 2	Andel diabetiker med förekomst av albuminuri (NDR)	37,3%	2018	30%	41,3%	NDRs årsrapport för 2019, avläst 2020-01-30.
Indikator 3	Andel diabetiker med blodtryck < 140/85 (NDR)	47,9%	2018	54%	53,4%	NDRs årsrapport för 2019, avläst 2020-01-30.
Indikator 4	Antal genomförda fiskbensdiagram inklusive uppföljande .	0	2019-04-01	2	3 st	2019
Indikator 5	Antal genomförda patientintervjuer.	0	2019-04-01	10	0 st	2019

Övriga kommentarer:

Efter synpunkter från främst distriktssköterskegruppen avstod vi patientintervjuer. Det främsta skälet var att det bedömdes kunna störa det motiverande samtalsarbete sköterskorna har under sina patientmöten, då de i samtliga fall redan har en pågående behandlingsrelation med patienterna där riskfaktorer redan behandlas.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vårdcentralen Hökarängen	
Verksamhetschef Dr Berit Svensson	Aktnummer (ifylles av HSF)

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?

Vi har dragit flera lärdomar inom olika fält av detta kvalitetsarbete.

Vi har efter våra systematiska genomgångar fått en förbättrad översyn av våra diabetikers medicinering och riskfaktorer.

Avseende indikator 1 har vi exempelvis sett att genom genomgångar av våra patientlistor har vi funnit patienter som enligt de senaste medicinska riktlinjerna bör erbjudas lipidsänkande läkemedel men som inte haft detta. Flera av dessa patienter har accepterat behandlingen. Vi ser dock att den största delen av de förbättrade siffrorna vad gäller lipidbehandling dock inte är nyinsatta utan korrigerade siffror i rapporteringen. Indikator 1 som vi i startläget hade siffran 18,6% enligt de siffror vi skickat in som del 1 i vår rapport har nu vid 2019 års slut stigit till 48,8%, vilket är betydligt större än den faktiska ökningen av förskrivna behandling. Vi har även från läkargruppen fått synpunkten att vi trots vår ”låga” förskrivning ligger i nivå med det nationella värdet för andel patienter med LDL < 2,5, vilket tyder på att det medicinska utfallsmåttet håller riksgenomsnitt. Vi har i samband med detta tittat igenom enskilda patienter för att se hur stor andel av patienter utan lipidsänkande behandling som enligt riktlinjer borde ha detta. Slutgiltiga siffror för detta är ännu inte sammanställda då vi ännu inte haft tid att gå igenom samtliga patienters journaler i detta syfte.

Avseende indikator 2 (förekomst av albuminuri) har utfallet, något oväntat, försämrats jämfört med ursprungsmätningen, och vi har således hamnat längre från målvärdet än innan vi började. Vi har diskuterat detta och har uppmärksammat att vi innan kvalitetsarbetet saknade en rutin för hur ofta kontroll av u-albuminkvot skulle kontrolleras, och har nu infört detta. Följden är att antalet kontrollerade prover stigit under 2019 då detta tidigare i vissa fall exempelvis endast kontrollerats vartannat år. Vi har även noterat att flera patienter avstått att lämna urinprov trots att det överenskommit. Vi har även noterat att vissa av våra diabetiker med njursvikt kontrolleras på sjukhus och vi då inte tar egna urinprover utan följer sjukhusets värden för att inte utsätta patienten för onödiga provtagningar. Dessa patienter kommer ej med i vår statistik. En hypotes vi diskuterat är att ett större bortfall av ovanstående skäl ger en falskt högre andel av patienter utan mikroalbuminuri, som sjunker när bortfallet delvis korrigeras. Vi har även diskuterat kring de siffror vi jämför våra med på nationell nivå. Av riktes 383 000 typ 2 diabetiker i NDR 2019 är det bara ¾ som har rapporterat in uppgift om albuminuri. Av våra ca 250 patienter har vi rapporterat in uppgifter kring albuminuri för 85%. Det är möjligt att en liten del av skillnaden i resultatet kan vara att de patienter som saknar albuminvärden i NDR i högre grad har en svårare sjukdom eller sämre compliance. Om de är så att de sjukaste i större grad bland bortfallet skulle det alltså kunna ge ett falskt lågt värde för riktes förekomst av albuminuri.

Avseende indikator 3 (andel som når målblodtryck) såg vi en förbättring. Vi har redan inför detta kvalitetsarbete noterat att om vi inkluderar även de patienter som har angivet blodtryck 140/85 mmHg (dvs som ligger på den övre gränsen) så har vi varit i nivå med det nationella genomsnittet sedan minst 2017. Vi har diskuterat detta i läkar- och distriktssköterskegrupperna

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vårdcentralen Hökarängen	
Verksamhetschef Dr Berit Svensson	Aktnummer (ifylles av HSF)

och misstänker att vi systematiskt avrundar uppmätta blodtryck till jämna 10-tal. Merparten av oss mäter blodtryck manuellt, där det har varit praxis att göra så. Vi ser inga medicinska skäl att ändra detta förfarande, fokus kommer att fortsätta ligga på att bedriva bra vård med god kontroll av blodtryck.

Sammanfattningsvis avseende medicinska utfall så har genomgångar av patientlistorna har ökat engagemanget hos såväl läkare som distriktssköterskor att aktivt kontrollera förekomst av riskfaktorer och deras behandling vid årskontroller hos båda yrkeskategorierna. Det har även ökat engagemanget och intresset för nyare riktlinjer.

Gällande mer praktiska åtgärder såsom inrapportering av data har vi ökat kunskapen i läkargruppen kring användande av Medrave och dess rapportering till NDR, vilket kommer underlätta för framtida kvalitetsökande arbete på vårdcentralen. Vi har också uppmärksammat (till både NDR och Medrave) en misstänkt bugg i överrapporteringen av läkemedel, men ännu inte fått slutgiltig återkoppling från dem om detta går att åtgärda. Vi ser en svårighet i att urvalet av patienter för rapportering skiljer sig mellan exempelvis Medrave och NDR (där vi enligt NDRs statistik hade 255 patienter med diabetes typ 2 under 2019, medan Medrave rapporterar in 238 av dessa, trots att samtliga våra diabetiker gett samtycke att delta i registret).

1. Vi har under arbetet haft svårt att ta in konkreta synpunkter på just detta kvalitetsarbete från våra patienter. Den kontakt vi haft har utgjorts av de sedvanliga medicinska möten vi har, och där har det upplevts svårt att ta tid och fokus från det individuella patientmötet för att ställa extra frågor rörande detta kvalitetsarbete. Det har även rapporterats att det upplevts känsligt att be patienter ha åsikter om vården till den vårdgivare som är deras aktiva behandlare. Vår planering att distriktssköterskorna skulle efterhöra patienternas synpunkter kring hur riskfaktorer behandlas har således inte genomförts, vilket vi ser som en svaghet med detta kvalitetsarbete.

Vi planerar att uppdatera vår diabetesrutin på en rad punkter.

Vi kommer uttryckligen rekommendera att vårdpersonal i större utsträckning använder NDRs patientspecifika översikter vid både årskontroll hos läkare och hos sköterska. Detta tror vi underlättar både att involvera patienten och säkerställa att alla relevanta riskfaktorer beaktas.

Vi ser ett behov av att uppdatera våra journalmallar för att se till att allt vi gör även rapporteras in.

Vi kommer att underlätta mer korrekta blodtryckskontroller genom att införskaffa utrustning för 24-timmars blodtrycksmätning under 2020.

Vi kommer även att fortsätta diskussioner kring hur vi kan inhämta värdefulla synpunkter från våra patienter avseende behandling av riskfaktorer.

Vi strävar även efter att få fullständiga data kring hur många av våra patienter med diabetes utan lipidsänkande behandling som bör erbjudas detta, och i förlängningen även se till att eventuella kontraindikationer eller fall där patienten avböjt behandling journalförs strukturerat så att vi i framtiden enklare kan följa detta.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vårdcentralen Hökarängen	
Verksamhetschef Dr Berit Svensson	Aktnummer (ifylles av HSF)

2. Vi har i första hand använt oss av NDR och Rave samt Take care och internetbaserade sökmotorer för kunskapsinhämtande.

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 forbattringsarbeten.hsf@sl.se