

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns vårdcentral	
Verksamhetschef Gabriel Lagercrantz	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

diabetes

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 2020 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbatteringsarbeten.hsf@sll.se senast den **28 februari 2020**, men gärna redan i januari 2020 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 2020 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2021**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2020" 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.

*Annica Riva, ST-läkare allmänmedicin, kontaktperson. Annica.riva@sll.se
Erik Embring, spec.läk allmänmedicin och MAL
Christina Nordin, distriktssköterska*

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 (PvK), 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 diabetes som inte når målblodtryck

Vi är bra på att mäta blodtryck (bltr) hos våra diabetiker, endast 2 % saknar blodtrycksvärde från senaste året. Däremot når endast 76 (43 %) målvärdet på bltr < 140/85. 83 personer (47 %) har bltr 140/85-160/95, 13 personer (7 %) har bltr > 160/95. 86 av våra diabetiker står på 0-1 blodtrycksläkemedel, av dessa når endast 38 målvärde. Det innebär att 48 diabetiker ligger över målblodtryck men behandlas med 0-1 blodtrycksläkemedel.

Vid samtal med mottagningens distriktssköterskor, som sköter de årliga diabetesbesöken hos sköterska, framkommer att de kontrollerar blodtryck vid det besöket men saknar en tydlig handlingsplan för åtgärd då patienter ej når blodtrycksvärde. Då vi vet att risken för död och hjärtkärlhändelse är ökad hos personer med diabetes, och att denna risk kan minska med ett bättre reglerat blodtryck är det både rimligt och viktigt att försöka behandla dessa patienter så att en större grupp av våra diabetespatienter når målblodtryck.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns vårdcentral	
Verksamhetschef Gabriel Lagercrantz	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

 Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes**
Diabetes och blodtryckskontroll
Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt
T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med diabetes, det är viktigt för att minska risken för komplikationer
Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter som har diabetes, det är viktigt för att öka livskvalitet och för att minska risken för komplikationer som följd av sjukdomen. Vi har identifierat en grupp som är underbehandlad avseende blodtryck, och att det saknas en tydlig rutin för hur detta ska hanteras vid upptäckt på sköterskebesök.
Steg 4 Specifika delmål– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara T.ex. Öka prevalensen av diabetes, öka andel i % av dessa patienter som behandlas med statiner

*Öka andelen patienter som når blodtryck <140/85 till >65 % under 2020.
Minska andelen patienter med blodtryck >140/85 och 0-1 blodtryckssänkande läkemedel.*
Steg 5 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](#).

- Vid upptäckt av blodtryck lika med eller >180 systoliskt eller >110 diastoliskt kontaktas passningsläkaren för omedelbar läkarbedömning och ställningstagande till behandling.*
 - Vid blodtryck 160-179 systoliskt bokas patienten in till ansvarig husläkare alternativt till en ST/AT-läkare inom 1-2 veckor med föregående provtagning av u-sticka, Na, K och krea.*
 - Vid blodtryck 140-159 systoliskt bokas patient in till sjuksköterska för ny kontroll inom 1-2 veckor, vid samma värde vid tillfälle 2 bokas patienten in till läkare inom 4 veckor med provtagning inför besöket enligt ii.*
 - En gång per månad påminner arbetsgruppen om pågående intervention på läkarmöte respektive sköterskemöte, för att påminna om vikten av blodtrycksreglering hos diabetiker.*

b.

Ej aktuellt för oss i nuläget.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns vårdcentral	
Verksamhetschef Gabriel Lagercrantz	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 6 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 blodtryck <140/85	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel i % av diabetespatienter som har blodtryck <140/85	47 % (83/175)	200124	65 %	MedR ave M4	201214
Indikator 2	Andel av diabetespatienter som saknar blodtryckssänkande lm och blodtryck 140/85-160/95	40 % (14/35)	200124	20%	MedR ave M4	201214
Indikator 3	Andel av diabetespatienter som saknar blodtryckssänkande lm och blodtryck >160/95	3 % (1/35)	200124	0	MedR ave M4	201214
Indikator 4	Andel av diabetespatienter som har 1 blodtryckssänkande lm och blodtryck 140/85-160/95	55 % (28/51)	200124	40 %	MedR ave M4	201214
Indikator 5	Andel av diabetespatienter som har 1 blodtryckssänkande lm och blodtryck >160/95	6 % (3/51)	200124	3 %	MedR ave M4	201214

Vilka källor tar ni era data från:

Medrave4, översikt diabetes-hypertoni, alla patienter, bägge könen, ålder 0-75 år, alla yrkesgrupper, 200124.

Steg 7 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 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 1 och skicka in senast 28 februari 2020 till:
forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns vårdcentral	
Verksamhetschef Gabriel Lagercrantz	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 utformat rutinen enligt ovan och mailat ut den till samtliga medarbetare, samt lagt in den i den gemensamma mappen för vårdcentralens rutiner. Vid läkar- respektive sjuksköterskemöten har vi regelbundet påmint våra kollegor om rutinen. Nyanställda har informerats.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 6**) 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)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel i % av dessa patienter som har blodtryck <140/85	47 % (83/175)	200124	65 %	52 % (81/157)	MedRave M4	201214
Indikator 2	Andel av diabetespatienter som saknar blodtryckssänkan de lm och blodtryck 140/85-160/95	40 % (14/35)	200124	20 %	33 % (9/27)	MedRave M4	201214
Indikator 3	Andel av diabetespatienter som saknar blodtryckssänkan de lm och blodtryck >160/95	3 % (1/35)	200124	0	0	MedRave M4	201214
Indikator 4	Andel av diabetespatienter som har 1 blodtryckssänkan de lm och blodtryck 140/85-160/95	55 % (28/51)	200124	40 %	36 % (15/41)	MedRave M4	201214

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns vårdcentral	
Verksamhetschef Gabriel Lagercrantz	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 5	Andel av diabetespatienter som har 1 blodtryckssänkan de lm och blodtryck >160/95	6 % (3/51)	200124	3 %	10 % (4/41)	MedRave M4	201214
--------------------	---	---------------	--------	-----	----------------	---------------	---------------

Övriga kommentarer:
C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- 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?
- Vad har ni för plan framåt gällande detta område?

1.

Vi har fått siffror på att det finns en stor förbättringspotential, och sett att det relativt enkelt går att planera för att göra en mätbar förbättring. Att ha en tydlig rutin för blodtrycksgränser och vilken åtgärd som ska vidtas vid vilket värde har tagits emot mycket väl från sköterskegruppen, som tidigare saknat just detta. Vi har lärt oss att det ändå är svårt att ändra ett arbetssätt, och att det krävs regelbunden uppmärksamhet kring rutinen för att den ska kunna införas och fungera fullt ut.

Vi har ökat andelen som uppnår målblodtryck, men inte tillräckligt mycket för att uppnå vårt uppställda mål. Gruppen med systoliskt blodtryck >160 är oförändrad, men gruppen med blodtryck 140/85-160/95 har minskat efter vårt förbättringsarbete. Något fler saknar värde jämfört med 2019, vilket vi bedömer bero på pandemins påverkan på vårt arbete.

2.

Ej varit aktuellt för oss i detta skede, men det skulle kunna vara en fortsättning på förbättringsambitionen, att involvera patienterna genom att först noggrant informera om vikten om ett välreglerat blodtryck (och vilka risker som finns förenat med att inte ha det) och ge dem möjlighet att mäta hemma och föra dagbok och tydliga instruktioner om hur, var och när de ska höra av sig vid ett otillräckligt kontrollerat blodtryck.

Ytterligare ett bra alternativ är att använda hembloodtrycksmätning via Externa system i TakeCare, för att tillse att värdena hamnar rätt direkt, och blir lättare att följa under rätt sökord.

3.

Under den pågående pandemin påverkades stora delar av vårt arbete, och vi har inte kunnat genomföra våra kontroller och besök som vanligt, vilket förstärkt har påverkat våra resultat. Vi avser att fortsätta med projektet även under 2021, och utvärdera vid årets slut för att få mer tillförlitliga siffror. Samtidigt sker en utbyggnad och förbättring av vår diabetesvård, då vi nu har en diabetessköterska från APC hos oss en dag per vecka. Christina Nordin som är med i detta projekt blir också färdig diabetessköterska.

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

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 2 och skicka in senast 31 januari 2021 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.hsf@sll.se