

| <b>Information om husläkarmottagning</b>                |                            |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn<br>Husläkarmottagningen Täby centrum |                            |
| Verksamhetschef<br>Sara Ghaedi Heidari                  | Aktnummer (ifylles av HSF) |

## **Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022**

### **del 1 *Diabetes/Komplikationer***

#### **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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattringsarbeten.apc.siso@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.siso@regionstockholm.se) senast den 28 februari 2022. 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 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2023. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktigt för att göra rätt saker.

#### **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. Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

##### **Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.**

Zara Ayunts ST -läkare [zara.ayunts@hlmtabycentrum.se](mailto:zara.ayunts@hlmtabycentrum.se)  
Carmen Dilanchian Specialist i allmänmedicin och MAL, [carmen.dilanchian@hlmtabycentrum.se](mailto:carmen.dilanchian@hlmtabycentrum.se)  
Madalena Mabilia DSK diabetes /Enhetschef [madalena.mabilia@hlmtabycentrum.se](mailto:madalena.mabilia@hlmtabycentrum.se)  
Sara Ghaedi Heidari verksamhetschef [sara.heidari@hlmtabycentrum.se](mailto:sara.heidari@hlmtabycentrum.se) (kontaktperson )

##### **Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!**

**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.

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

| <b>Information om husläkarmottagning</b>                |                            |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn<br>Husläkarmottagningen Täby centrum |                            |
| Verksamhetschef<br>Sara Ghaedi Heidari                  | Aktnummer (ifylles av HSF) |

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>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Diabetes är en folksjukdom som drabbar många människor i Sverige och i hela världen med allvarliga komplikationer om man missar att ge en adekvat vård till dessa patienter. Diabetesbehandlingen är komplex och består av flera komponenter. Vi har noterat via medrave m4 och egna lokala undersökningar att vi behöver förbättra vissa steg i hanteringen och behandlingen av våra diabetespatienter. t ex vi ligger bra i Hypertoni kontroller, men har förbättringspotential i t ex rådfråga och erbjuda hjälp med rökstopp, fotstatus, ögonbottenundersökningar, förbättra dokumentation av vikt /BMI i följd av det erbjuda hälsofrämjande samtal och samtal om matvanor

### **Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete**

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Diabetes mellitus typ 2

### **Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)**

Vill förbättra följsamhet av våra diabetespatienter, för att minska risker för komplikationer. Detta ska göra igenom att öka antal av hälsofrämjande samtal, samt hjälp med rökavvänjning. Förbättra behandling med lipidsänkande mediciner, för att kunna uppnå bättre BMI.

### **Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.**

1. Vi vill öka andelen av patienter med diagnos diabetes som fått fotstatus dokumenterat senaste året för att i god tid upptäcka komplikationer som neuropatier och kärlförändringar och förebygga fotsår. Vi vill också underlätta remittering till fotvård i god tid. Minska procent av diabetesretinopati
2. Öka andelen ögonbottenundersökningar för att förebygga och behandla skador i näthinnan i tid och förhindra försämrad syn.
3. Rökning är en stor riskfaktor för ohälsa men har ffa mycket skadlig effekt med ökad risk för hjärtkärlkomplikationer hos diabetiker. Den risken skall dokumenteras och förebyggas. Öka procent patienter som tillfrågas och erbjuds rökavvänjningsprogram
4. Öka andel patienter med diagnos diabetes som får förskrivet statiner genom att ha bättre kontroll och behandling av övervikt med hälsofrämjande samtal som har stor betydelse för att förebygga hjärtkärlskador och plötslig död. Patienter med diabetes skall regelbunden erbjudas provtagning för kontroll av lipider och följas upp samt behandlas enligt nationella riktlinjen
5. Öka andel patienter som behandlas med statiner

| Information om husläkarmottagning                       |                            |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn<br>Husläkarmottagningen Täby centrum |                            |
| Verksamhetschef<br>Sara Ghaedi Heidari                  | Aktnummer (ifylles av HSF) |

### Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda det så kallade "fiskbensdiagrammet" eller "orsak-verkan-diagram" för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>

- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

a.

Skapa nya rutiner och eget vårdprogram för diabetesvården med hänsyn till de nationella riktlinjerna för att effektivisera och förbättra samarbetet mellan distriktssköterskor och läkare. ----Kallelse av patienterna förbättras. Genomgång av listade patienter med diabetes typ 2 kommer att göras varje månad via medrave i samband med projektgruppmöte. Planering för diabetesronder under året. Särskild fokus på de aktuella målen.

- skapa en ny rutin och eget vårdprogram för diabetesvården med hänsyn till de nationella riktlinjerna för att effektivisera och förbättra samarbetet mellan distriktssköterskor och läkare. Kallelse av patienterna förbättras. Genomgång av listade patienter med diabetes typ 2 görs varje månad i Rave vid projektgruppmöte. Genomgång även av indikatorer och läge i kvalitetsprojektet varje månad vid personalmöte. Planering för diabetesronder under året. Särskild fokus på de aktuella målen.

b.

Kalla dessa patienter till diabetessköterska och läkare för läkemedelsgenomgång, provtagning, justeringar av läkemedel, kartlägga läkemedelsbiverkningar SMA (Safe Medications Assessment). Livsstilsintervention. Motiverande samtal. Gruppsamtal med visning av hjälpmedel. Kostråd, remiss till dietist. Motion. FaR. Rökning. Alkohol. Registrering i NDR.Status – längd, vikt, BMI, midjemått, blodtryck, HbA1c Fotstatus inklusive riskkategori. Ev remiss till medicinsk fotvård. Ordna med återbesök till läkare. Ordna med återbesök till läkare, samt diabetes ssk varannan 6 månader som rutinmässig. Beroende av patientens tillstånd kan besöket vara mer regelbundet.

### Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

|                    | Indikatornamn<br>T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.<br><b>Antal</b> snabbspirometri per vecka | Nuläge = <b>Startläge</b> (% eller antal) | Datum /period för <b>startläge</b> | Mål (% eller antal) | Källa            | Datum för att uppnå målvärdet |
|--------------------|--|---|------------------------------------|---------------------|------------------|-------------------------------|
| <b>Indikator 1</b> | Fotstatus(Andel med dokumenterat fotstatus)  | 65,2%                                     | 220101                             | 70%                 | Medrave TakeCare | <b>221231</b>                 |

| <b>Information om husläkarmottagning</b>                |                            |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn<br>Husläkarmottagningen Täby centrum |                            |
| Verksamhetschef<br>Sara Ghaedi Heidari                  | Aktnummer (ifylles av HSF) |

|                    |  |       |        |     |                   |               |
|--------------------|--|-------|--------|-----|-------------------|---------------|
| <b>Indikator 2</b> | Ögonbottenundersökning (andel som genomgått i tid) | 66,3% | 220101 | 70% | Medrave, TakeCare | <b>221231</b> |
| <b>Indikator 3</b> | Rökning, tillfrågade (andel som dokumenterat)      | 66,3% | 220101 | 90% | Medrave, TakeCare | <b>221231</b> |
| <b>Indikator 4</b> | Vikt/BMI (dokumenterad)                            | 46,9% | 220101 | 90% | Medrave, TakeCare | <b>221231</b> |
| <b>Indikator 5</b> | Lipidsänkande (förskrivet statin behandling)       | 37%   | 220101 | 65% | Medrave, TakeCare | <b>221231</b> |

**Kommentar (valfritt):** Målen berör patienter som har varit på besök på Vårdcentralen under mätperioden 2021 01 01- 2021 12 31.

**Vilka källor tar ni era data från:**

Vi använder oss av TakeCare och patienternas journal för att samla in den information som behövs till att utforma behandlingsplanerna samt Medrave för att kontrollera antalet listade patienter med diabetes, antalet patienter som besökt oss under året, samt antalet vårdbesök kopplade till ovan nämnda sökorsaker.

**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, 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 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

[forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## **DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

**A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?**

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

| Information om husläkarmottagning                       |                            |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn<br>Husläkarmottagningen Täby centrum |                            |
| Verksamhetschef<br>Sara Ghaedi Heidari                  | Aktnummer (ifylles av HSF) |

Arbetet inkluderat de kända och dem nya patienterna med diabetes. Man har kunnat definiera med rollerna mellan olika arbetskategorierna som fördelningen av arbetet mellan den behandlande läkaren och diabetessjuksköterskan. Arbetet har fördelats i olika delar för bättre samarbete. Särskilt har vi arbetat med dokumentationen och sökorden för att kunna plocka fram data från journalsystemet. Vi arbetat med journaldokumentationer t ex andel patienter med statin behandling, dokumenterad vikt, rökning och automatisk kommit till synergieffekter gällande motiverande samtal, efterföljande minskning av rökning och vikt reducering i patientgrupperna. VGS indikatorer 3,4. Gällande lipidprofil patienterna fått vid årskontroller lämna lipidprofil /läk besök för lipidsänkande mediciner.

Vi gjorde en snabb överblick i höstas där vi kunde konstatera att våra siffror förbättrades. Vi fått ökad registrering av faktorer som är viktiga för bedömning av hur väl har vi lyckats med diabetespatientens uppföljning och behandling

Att arbeta systematisk med samarbete mellan olika professioner, informera samtliga på VC samt regelbundna diskussioner ger bestående effekter i förbättringsarbetet. Arbetet har startpunkt med fortsatt implementering av det goda resultatet i framtidsarbetet

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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 som visar mätvärdena över tid)

|                    | Indikatornamn<br>T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol | Startläge<br>(% eller antal) | Datum /period för startläge | Mål (% eller antal) | Resultat (% eller antal) | Källa            | Datum/period för resultatvärdet |
|--------------------|--|------------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------|------------------|---------------------------------|
| <b>Indikator 1</b> | <i>Fotstatus</i>   | 65,2                         | 220101                      | 70%                 | 77%                      | Medrave Takecare | 221231                          |
| <b>Indikator 2</b> | <i>Ögonbottenundersökning</i>                                      | 66,3                         | 220101                      | 70%                 | 73%                      | Medrave Takecare | 221231                          |
| <b>Indikator 3</b> | <i>Rökning</i>   | 74                           | 220101                      | 90%                 | 83%                      | Medrave Takecare | 22131                           |
| <b>Indikator 4</b> | <i>Vikt/BMI</i>  | 46,9                         | 220101                      | 90%                 | 67,4                     | Medrave Takecare | 221231                          |
| <b>Indikator 5</b> | <i>Lipidsänkande</i>   | 37%                          | 220201                      | 65%                 | 75%                      | Medrave Takecare | 221231                          |

**Övriga kommentarer:**

### 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 era patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. 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.

| <b>Information om husläkarmottagning</b>                |                            |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn<br>Husläkarmottagningen Täby centrum |                            |
| Verksamhetschef<br>Sara Ghaedi Heidari                  | Aktnummer (ifylles av HSF) |

1.

*Att samarbetet mellan yrkesgrupperna och teamarbete ett resulterar förbättring som kan ge goda resultat utan att behöva arbeta hårdare. Arbetet har visat att vi har kunnat överträffa de flesta målen i vårt arbete med goda marginaler. Att arbeta initialt med korrekta sökord i journalen underlättar all framtidsarbetet. Att dokumentera och fråga leder till att förbättra resultaten som t ex minskning av andel rökare viktninskning efter att man har berört och dokumenterat vikt och rökning parametrar i journalen.*

*2.Många patienter har mkt intresse för sin sjukdom och kan bidra själv till att förbättra sin hälsa genom att utnyttja tips och kunskaper som dem får vid motiverande samtal .Även involvera patienter i att ha förståelse i riskerna med diabetes för bättre motivation att sträva till förbättrat socker värde*

3.Fortsatt metodisk och systematisk arbete med diabetessjukdomen. Fortsatt uppföljning av resultaten kvartalsvis. Vi vill involvera patienterna i sin behandling då det kan ge ett tydligt resultat.

Vi vill poängtera att vår ordinarie diabetessjuksköterska började jobba med våra diabetespatienter vår 2022/03. Vi har reflekterat och kan se stora förbättringar på vår mottagning, när det gäller diabetespatienter.

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

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se)