

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: *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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@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.

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.

Skriv i den här rutan namn och professioner, samt e-postadress till en kontaktperson i teamet.

Kontaktperson: OBS se datum för kontaktperson! Nathalie Dzabic, nathalie.hollink-dzabic@regionstockholm.se till och med 230214, från 230215 är kontaktperson Marie Leifsdotter, tillförordnad verksamhetschef, marie.leifsdotter@regionstockholm.se.

Genomförare: Lise Hallén ST-Läkare. Lise Hallén har slutat sin tjänst på Johannes HLM 221223. Sammanfattning av genomförd åtgärder och redovisning del 2 genomfört av Nathalie Dzabic, husläkare.

Övergripande ansvarig: Nathalie Dzabic, verksamhetschef, nathalie.hollink-dzabic@regionstockholm.se

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Johannes Husläkarmottagning

Verksamhetschef
Nathalie Dzabic

Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

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

Börja 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>

Utifrån Janusinfo:

Behandling av välkända riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom är särskilt viktig vid diabetes typ 2. Ökad förekomst av riskfaktorer förklarar huvuddelen av den ökade risk för hjärtkärlsjukdom och mortalitet som man sett hos patienter med diabetes typ 2. Det finns en rad riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom, varav hypertoni är särskilt framträdande. Även fysisk inaktivitet är en riskfaktor som påverkar både diabetes och hypertoni.

Inom Primärvården är det nästan uteslutande patienter med Diabetes typ-2 vi behandlar, varför förbättringsarbetet fokuserar på typ 2-diabetiker.

Socialstyrelsen har en målnivå på att ≥ 65 procent av patienter med typ 2-diabetes bör nå ett blodtryck under 140/85 mm Hg. Vi ser i Primärvårdsregistret att på Johannes husläkarmottagning så når endast 57% av hypertonipatienterna upp i målnivån (blodtryck under 140/85), och att i åldersgruppen 30-59 år, når endast 43% upp i målnivån (beräknat på 18 mån). Enligt NDR är motsvarande andel som når målblodtryck under 140/85mmHg 63,2% för typ 2-diabetiker.

Socialstyrelsens målnivå för fotundersökning för typ 2-diabetiker $\geq 99\%$. Enligt NDR var resultatet år 2021 för riket 73,3% och för Johannes HLM 41,7%.

Målnivå för ögonbottenundersökning för typ 2-diabetiker $\geq 96\%$. 2021 i riket 71,4%, på Johannes HLM 73%. Sedan 2019, pandemiåren, har det förekommit en sänkning lokalt på enheten med ca 12 %.

Andel fysiskt inaktiva har på Johannes HLM ökat från 17,9% till 24,8% år 2020 till 2021 vilket närmar sig liknande nivåer som riket år 2021 27%.

Inom hemsjukvården ser vi en ökad andel äldre med typ 2-diabetes och insulinbehandling. Behov av att öka kunskapen kring diabetesbehandling av våra mest sköra äldre.

Vi ser att lokalt på enheten har pandemiåren 2019-2021 inneburit en minskning eller utebliven ökning av andelen typ 2-diabetiker som uppnår målnivåerna. Vi väljer att under 2022 göra en satsning på typ 2-diabetiker som grupp med översyn och optimering av lokala rutiner samt ökad utbildning för personalen.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete
Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?
Behandla hypertoni för att minska risken för kardiovaskulär sjukdom hos typ-2 diabetiker. Optimera rutin för diabetesårskontroll hos distriktssköterska. Förtydliga rutin för remittering för ögonbottenfotografering för att öka andel typ 2-diabetiker som får undersökning enligt vårdprogram. Öka motiverande samtal kring fysisk aktivitet. Öka användningen av FaR hos typ 2-diabetiker. Utbildningsinsats avseende behandling diabetes inom hemsjukvården.
Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)
Vi vill i högre grad uppfylla behandlingsmålen för patienter med typ 2-diabetes.
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.
Att för patienter med diabetes typ 2: 1) öka andelen som har blodtryck under 140/85 från 57% till $\geq 65\%$ 2) öka andelen har blodtryck under 140/85 i åldersgruppen 30-59 år, från 43% till $\geq 65\%$. 3) öka andel som får fotundersökning från 41,7% till $\geq 65\%$. 4) öka andel som gjort ögonbottenundersökning från 73% till $\geq 85\%$. 5) minska andel fysiskt inaktiva från 24,8% till $< 20\%$. 6) öka andel patienter i hemsjukvården som uppnår målnivåerna enligt ovan.
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 verktyget fiskbensdiagram 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? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i QR:s verktygslåda .
a. - ST-läkare får uppdrag att hålla internutbildning för hela mottagningen med fokus på samsjuklighet diabetes och hypertoni, varför det är viktigt att behandla detta, vilket mål vi har med förbättringsarbetet och hur vi ligger till för tillfället. Genomgång av existerande målnivåer samt plan för hur förbättra. - Bjuder in föreläsare Marianne Pegelow, via APC, för utbildning om diabetes i hemsjukvården. - Skapar flödesschema för hur följa upp blodtryck över målnivå hos typ 2-diabetiker. Flödesschemat sätts upp hos dsk och läkare. Exempel: Vid ett förhöjt blodtryck på årskontroll eller annat mottagningsbesök, direkt boka tid hos dsk efter 1-2 veckor för ytterligare 1-2 blodtryckskontroller. Där kan även information kring livstilsåtgärder ges, (fysisk aktivitet, tobak, vikt, kost, alkohol) med stöd av broschyrer och motiverande samtal.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	Aktnummer (ifylles av HSF)

Dsk meddelar därefter till ansvarig Läkare, om fortsatt förhöjt blodtryck-behandla. Uppföljning hos dsk blodtryck 2-4 veckor efter insättning av behandling. Då även uppföljning gällande livstilsåtgärder. Om då välreglerat blodtryck, uppföljning enligt rutin hos läkare inom 2-3 månader. Om ej nått behandlingsmål boka åter till läkare för ställningstagande ytterligare behandling.

- Utveckla checklista för diabetesbesöket hos dsk. Inkludera förtydligad rutin kring fotundersökning och remittering för medicinsk fotsjukvård.

- Optimera rutin kring remittering för ögonbottenfotografering. Börja delegera remittering till dsk, dvs öka antal remisser som skickas genom att remiss kan göras både av läkare och dsk.

- I dsk-gruppen samtal kring optimering användning av MI i samtal om fysisk aktivitet. Öka användningen av FaR.

- b. - Finns bra broschyrer med information om sjukdomen diabetes, om livstilsåtgärder, hjärt-kärlrisker som idag lämnas ut vid nybesök för diabetes (exempelvis från Diabetsförbundet). Kan göra informationsmaterialet mer tillgängligt genom att ställa fram dem i väntrummet samt erbjuda förnyad information även vid återbesöken.
- Motiverande samtal om bland annat fysisk aktivitet, involvera patienten att formulera egna mål för ökad delaktighet.

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 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)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel typ 2-diabetiker som har blodtryck under 140/85	57%	2022-02-22	65%	M4	Dec 2022
Indikator 2	Andel typ 2-diabetiker ålder 30-59 år som har blodtryck under 140/85	43%	2022-02-22	65%	M4	Dec 2022
Indikator 3	Andel typ 2-diabetiker som får fotundersökning	41,7%	2022-02-28	65%	NDR	Dec 2022
Indikator 4	Andel typ 2-diabetiker som gjort ögonbottenundersökning	73%	2022-02-28	85%	NDR	Dec 2022
Indikator 5	Minska andel typ 2-diabetiker som är fysiskt inaktiva	24,8%	2022-02-28	20%	NDR	Dec 2022

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

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 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

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.

- Under året genomfördes enligt plan internt utbildningstillfälle där ST-läkare Lise Hallén talade om diabetes typ 2 och samsjuklighet med påföljande diskussion i läkar- och dsk-grupp om rutiner kring handläggning dessa patienter vid årskontroller.

- Kontakt togs med Marianne Pegelow, via APC, för att boka utbildning om diabetes i hemsjukvård men pga av sjukfrånvaro, vakanser samt fortsatt högt söktryck från patienterna efter pandemin kunde tid inte prioriteras för att avsättas för detta utbildningsområde som ju utgör en liten andel av mottagningens diabetiker.

- Riktlinjer kring handläggning av blodtryck med utgångspunkt från kloka listan och pm på VISS var grund för samtal i läkargruppen. Gemensam rutin togs fram för uppföljning blodtryck om det är nyupptäckt förhöjt respektive känd hypertoni. A) Känt sen tidigare: 1. Blodtryckskontroll hos läkare, förhöjt. 2. Ställningstagande till mätning hembloodtryck eller 24h-blodtrycksmätning. Boka till dsk om 24h-mätning, e-kallelse i första hand. Redan vid besöket tillsammans med patienten diskutera möjliga läkemedelsförändringar och gemensamt beslut om hur ska hantera resultat av kommande undersökning. 2. Uppföljning hembloodtryck: Pt skickar mätvärden via 1177. Uppföljning 24h-blodtryck: när genomfört hos dsk sätter dsk admin-bokning i läkarkalender. 3. Läkare svarar patienten via 1177 med instruktion läkemedelsändring. Vid behov tar läkare ställning till om behov videomöte eller telefonkontakt istället för meddelande vi 1177. 4. Ny uppföljning på samma sätt (hemmätning eller blodtryckskontroll hos dsk) med 2-4 v mellanrum tills når målblodtryck. Läkare tar ställning till uppföljning nya blodprover med hänsyn till ev läkemedelsbyten.

- Förtydligande att både dsk och läkare kan skicka remiss för fotvård och ögonbottenfotografering. Huvudsakligen ska uppdraget ligga hos dsk vid diabetesbesök, men om patient valt att inte gå till dsk följs detta upp och kompletteras vid läkarbesöket.

- En tydligare rollfördelning för diabetesbesöken hos läkare respektive distriktssköterska etablerades samt innehållet för respektive årskontroll specificerades. Förtydligande av rutin med läkarbesök 1ggr/år, diabetessköterska 1ggr/år där målet är fördelning över året med 5-6 månader mellan besöken. Utförande fotstatus, remiss för fotvård och ögonbottenfotografering genomförs vid dsk-besök liksom i huvudsak motiverande samtal kring levnadsvanor samt stöd i läkemedelsbehandling.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vid läkarbesök fokus uppföljning prover, hypertoni behandling, samsjuklighet, ställningstagande till förändring läkemedelsbehandling.

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 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 typ 2-diabetiker som har blodtryck under 140/85	57%	2022-02-22	65%	57%	M4	2022-12-31
Indikator 2	Andel typ 2-diabetiker ålder 30-59 år som har blodtryck under 140/85	43%	2022-02-22	65%	45,5%	M4	2022-12-31
Indikator 3	Andel typ 2-diabetiker som får fotundersökning	41,7%	2022-02-28	65%	76%	NDR	2022-12-31
Indikator 4	Andel typ 2-diabetiker som gjort ögonbottenundersökning	73%	2022-02-28	85%	77%	NDR	2022-12-31
Indikator 5	Minska andel typ 2-diabetiker som är fysiskt inaktiva	24,8%	2022-02-28	20%	32,4%	NDR	2022-12-31

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? 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.

1. Samtal i grupp kring denna stora patientgrupp gav ökad medvetenhet om rutin och nya behandlingsriktlinjer samt möjliggjorde utjämning av eventuella olikheter i handläggning mellan olika behandlare.
För en god vård för diabetiker krävs tid särskilt avsatt för planering. Då tid har varit bristvara de senaste åren av hänsyn till pandemi, hög sjukfrånvaro samt högt söktryck såg vi lokalt över hur vi kunde öka möjligheten för att planerad avsatt tid kan användas till diabetiker. En omorganisation gjordes för distriktssköterskor där varje dsk nu har en vecka mottagningsarbete omväxlande med en

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Johannes Husläkarmottagning

Verksamhetschef
Nathalie Dzabic

Aktnummer (ifylles av HSF)

vecka ute i hemsjukvården. Förändringen är avsedd för att diabetes-dsk östört under mottagningsvecka kan planera arbetet med diabetiker och öka antalet besök. Gott samarbete med loka medicinsk fotsjukvårdare med uppföljning av fotstatus via denna har ökat andelen gjorda fotstatus. Ökning från 41,7 till 76%.

Andel typ 2-diabetiker som når målbloodtryck är oförändrat 57% medan andel i åldern 30-59 år är något förbättrad från 43% till 45,5%. På grund av högt söktryck pga uppskjuten vård efter pandemin, minskad läkarbemannning har utrymme för att mer aktivt arbeta med detta mål inte funnits. Avsikten är att arbeta vidare med detta mål under 2023.

Andel som gjort ögonbottenfotografering har ökat. Bedöms i första hand bero på att fler typ 2-diabetiker har besökt mottagningen under året samt remittering har skett även från distriktssköterska vid diabetesbesök.

Samtal på mottagningen har förts avseende hur vi bedömer fysisk aktivitet/inaktivitet. En striktare tillämpning av bedömningskriterierna för fysisk aktivitet har resulterat i en statistiskt ökad andel fysiskt inaktiva personer. Sannolikt är denna siffra en mer korrekt beskrivning av verkligheten. Av 270 patienter med typ 2 diabetes på Johannes HLM är 200 patienter 65 år eller äldre och 100 är 75 år eller äldre. Vi ska försöka motivera alla till en ökad fysisk aktivitet jämfört med deras utgångsvärde. Men med hänsyn till hög andel äldre finns det en risk att nivåerna kommer att ligga fortsatt högt.

2. Patienterna har önskat en ökad tillgänglighet digitalt. Uppföljning blodtrycksvärden, provsvar, läkemedelsordinationer har kunnat ske via digitala meddelanden eller videomöten vilket ökat patientens möjlighet att avgöra när uppföljning sker.

I samtal om behandling engageras patienten i beslut om val av läkemedel då hänsyn kan tas till önskemål om tablett- eller injektionsbehandling.

Motiverande samtal används vid samtal om levnadsvanor.

4. Fortsatt uppföljning och utvärdering av omorganisation av dsk mottagningsarbete kommer göras våren 2023 med särskilt uppföljning av rutiner väntelistor diabetesbesök.

Fortsatt implementering uppdaterade rutiner för läkare- respektive dskbesök.

Planeras en årlig uppföljning av diabetes-dsk med analys av data från Medrave och NDR för att följa indikatorer och möjliggöra optimering av lokala rutiner utifrån utfall.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se