

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: Diabetes typ 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 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 viktig 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.

Victoria Rouzdar: victoria.rouzdar@hotmail.com

Jeanette Blomqvist: jeanette.m.blomqvist@regionstockholm.se

Teammedlemmar: distriktsläkarna, diabetessköterskan samt dietist.

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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	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.

Vi ser i medrave m4 att vi har patienter med HbA1c värden över 70 mmol/mol som behöver förbättras. Vi har under tidsperioden 2020-02-24 tom 2022-02-23, 521 st diabetes mellitus typ 2 patienter med diagnoserna E11-E14. Av dessa har 8,6% HbA1c över 70. Vi ser även att vi i samma grupp, har höga blodtryck och höga LDL.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Diabetes Mellitus typ 2, hypertoni och hyperlipidemi

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

Vi vill förbättra diabetesbehandlingen för patienterna med höga HbA1c värden. Vi vill uppnå förbättrade HbA1c värden och minska komplikationer för dessa patienter. För samma målgrupp vill vi även förbättra blodtryck och LDL kolesterol.

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.

Vi vill minska andelen listade patienter med diabetes mellitus typ 2 som har HbA1c över 70 mmol/mol från dagens 8,6 % till <4 %, inom tiden 1 mars 2022 till 31 januari 2023.

Samma patientgrupp vill vi även få förbättrade blodtrycksvärden på, målvärde <135/85 och optimera LDL kolesterol.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	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. Identifiera patienterna via medrave, m4. Vi kommer sedan planera några datum för besök. Vi kommer göra en mapp för provbeställning och lägga in relevanta prover så som HbA1c, b-glukos, ASAT, ALAT, blodfetter, kreatinin, e-GFR och kalium. Döper mappen till "kvalitetsdiabetes". Diabetessköterskan ringer upp alla patienter från medrave listan så personlig kontakt etableras. Tanken är då att diabetessköterskan ska informera patienten att lämna proverna samt göra en blodsockerkurva och boka besök hos läkare.

Under besöket tänker vi oss att både läkare och diabetessköterskan medverkar. Vi kommer sätta målvärde för HbA1c på varje patient och vi kommer justera läkemedelsbehandling samt fokusera på livsstilsförändringar för att uppnå målvärdet. Vi kommer även se över LDL kolesterolvärdet som ingår i provtagningen samt även optimera blodtrycket.

Därefter kommer vi att koppa in dietist från Rehab. Även regelbundna återbesök både till läkare och diabetessköterska för uppföljning under årets gång tills bra balans har hittats och målvärden uppnåtts.

- b. Diabetessköterskan börjar med att ringa patienterna för att få en personlig etablerad kontakt. Under själva besöken är tanken att tillsammans göra en planering och involvera patienten i behandlingen. Vi kommer använda mallen "medicinsk vårdplan" där vi för in målvärde för HbA1c, blodtryck och LDL samt införa patientens önskemål mm.

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 processmått, 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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål	Källa	Datum för att uppnå målvärdet

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 1	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	8,6%	2022-02-24	<4%	medr ave	31 januari 2023
Indikator 2	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol med blodtryck högre än 135/85	44%	2022-02-24	<15%	medr ave	31 januari 2023
Indikator 3	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol med LDL högre än 2,5	58%	2022-02-24	<20%	medr ave	31 januari 2023
Indikator 4						
Indikator 5						

Kommentar (valfritt):

Vi tänker oss följa indikatorerna regelbundet minst varann månad.

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

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.

Vi hade initialt 45 patienter. Vi har journalgranskat dessa patienter utifrån de tre indikatorerna samt använt MedRave. Läkare har träffat de flesta patienterna tillsammans med diabetessköterska och ett fåtal med dietist.

Samtliga patienter har fått noggrann information angående läkemedel inom diabetes, blodtryck och blodfetter. De har även fått information om kardiovaskulära risker och händelser.

Några patienter valde att inte komma på varken besök eller provtagning trots uppmaning och information om deras förhöjda värden samt risker. Några har valt att inte följa våra behandlingsrekommendationer.

Vi samarbetade med dietist från rehab som var med på en del läkarbesök. Dessa patienter följdes sedan upp via dietist på rehab.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har successivt under årets gång följt upp patienternas prover, blodtryck och behandling hos både läkare och diabetessköterska.

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	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	8,6%	2022-02-24	<4%	1,9%	MedRave och TakeCare	2023-01-17
Indikator 2	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol med blodtryck högre än 135/85	44%	2022-02-24	<15%	20%	MedRave och TakeCare	2023-01-17
Indikator 3	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol med LDL högre än 2,5	58%	2022-02-24	<20%	25%	MedRave och TakeCare	2023-01-17

Övriga kommentarer:

Initialt 45 patienter, varav 9 st blev omlistade, avlidna eller på SÄBO. Dessa har vi uteslutit från resultatet.

5 patienter har inte kommit på besök och provtagning men är inräknade i resultatet.

6 patienter har kommit på våra besök men har inte följt våra rekommendationer kring behandling och är inräknade i resultatet.

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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Jeanette Blomqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

1.
Viktigt att samarbeta med olika yrkesprofessioner samt ha hög delaktighet med patient. Patienter behöver även stöd med att följa upp sina värden och behandling samt förstå sin sjukdom och risker för att öka motivation till behandling.

2.
Att informera och utbilda patient kring sin sjukdom. Där var både läkare, diabetessköterska och dietist involverade med att följa upp patient regelbundet med återbesök till deras mottagningar och följa upp med blodsocker kurva, blodtryck samt prover. Vissa som behövde öka fysiskt aktivitet pga övervikt bokades även till sjukgymnast för att få ökad motivation och träning.

3.
Vi önskar fortsätta följa upp patienter med denna struktur. Många patienter har uppskattat denna struktur då man tidigare inte riktigt förstått sin sjukdom. Detta behöver bli implementerat för alltid då det finns ett stort behov. Skall införas som en regelbundenhet med struktur. Involvera nya medarbetare och konsulter. Vi vill träffa och följa upp våra diabetiker med en större regelbundenhet. Tanke att alla diabetiker går både till diabetessköterska och läkare under samma år. Att vi använder MedRave som stöd.

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.sls@regionstockholm.se