

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Rinkeby VC	
Verksamhetschef Havise Koyuncu	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 forbattringsarbeten.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.

Malin Olsson, dsk, malin.k.olsson@regionstockholm.se

Amani Elagbash, specialist i allmänmedicin

Hans Ohrling, endokrinolog

Narghess Nasser, ST-läkare

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 Rinkeby VC	
Verksamhetschef Havise Koyuncu	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.

Rinkeby VC har ca drygt 700 listade diabetespatienter typ 2. Vi arbetar aktivt med årsbesök till läkare och diabetessjuksköterska, uppföljning vid behov samt har medicinsk fotvård sedan flera år. Ändå ligger vi över snittet vad det gäller HbA1C: Patienter HbA1C >70 ligger på 15,7% jämfört med regionssnittets 8,1%. Även antalet patienter med HbA1C 52-70 är sämre än regionsnittet: Rinkeby VC 54,5% jämfört med 40,7%. Särskilt utsatta är de diabetiker som också lider av psykisk sjukdom/ohälsa, cirka 18% av diabetikerna, flera av dessa patienter har ett högt HbA1C. Vi ser att många av våra diabetespatienter uteblir från sina besök till läkare och distriktssköterskor, detta av olika skäl. Vi önskar förbättra dessa siffror genom att erbjuda tätare uppföljning via videobesök, grupputbildning samt med uppsökande verksamhet, t.ex att erbjuda hembesök via hemsjukvården till de med psykisk ohälsa/sjukdom.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Videobesök för diabetesuppföljning samt hembesök/uppsökande verksamhet för diabetes årsbesök/uppföljning.

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

Vi vill bli mer flexibla och kreativa för att hitta nya sätt att kunna erbjuda ökad tillgänglighet och trygghet för de diabetespatienter som av olika anledningar har svårt att ta sig till VC. Med fler videobesök och hembesök tror vi att vi kommer att kunna erbjuda våra diabetespatienter ett snabbare/oftare omhändertagande vilket kommer att medföra ett bättre genomsnittsvärde på HbA1C. Med ökad tillgänglighet och fler valmöjligheter kanske vi också indirekt inbjuder patienterna till ökad delaktighet i sin vård.

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 öka antalet videobesök för uppföljning diabetes från 0 till 5% (om behovet hos patienter finns), samt minska andelen patienter med HbA1C >70 från 15,7 % till 13% samt höja andelen patienten med HbA1C <52 från 40,7% till 45%

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Rinkeby VC	
Verksamhetschef Havise Koyuncu	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 gemensamma rutiner hur att hantera videobesök.
 Utbildning av personal så alla kan känna sig trygga med hur videobesök fungerar, hur att boka, och hur att instruera och informera patienter inför videobesök e.t.c
 Utöka/utveckla diabetesronder
 Starta patientutbildning i grupp via video alternativt på plats
 Utveckla rutiner för hemsjukvården för uppsökande verksamhet
 Endokrinolog/diabetesläkare knyts till hemsjukvården
 Kontakt med Järva psykiatri för att se om vi kan hitta samarbetsformer runt patienter med psykisk sjukdom

- b. Vi kommer att undersöka om det är möjligt att efter varje videobesök automatiskt skicka en SMS-länk till patienten för utvärdering av besöket.

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	HbA1C >70	14,4 %	30/4	10%		22/1-23
Indikator 2	HbA1C 52 -70	35,3%	30/4	30%		22/1-23
Indikator 3	Videobesök uppföljning	0	30/4	5%		22/1-23

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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Rinkeby VC	
Verksamhetschef Havise Koyuncu	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 har knutit diabetesläkare till hemsjukvården vilket inneburit tätare kontroller/uppföljningar och mer individuell diabetesbehandling för dessa patienter och därmed har vi också kunnat utöka och utvecklat diabetesronderna.

Läkare och sjuksköterskor blev informerade att kontakta hemsjukvård angående patienter som kan behöva och var intresserade/villiga att få tillfällig hjälp med t.ex. inj.teknik, provtagning eller liknande insatser i hemmet. Endast två patienter fångades upp på detta vis. För att komma igång och få till rutiner bytte vi därför strategi. Vi tog ut samtliga patienter ur Medrave med HbA1C över 52, gick igenom allas journaler för att se vilka patienter som skulle kunna vara aktuella för extra stöd, t.ex. olika diagnoser med kognitiv svikt, uteblivna/sporadiska diabetesbesök, och därefter diskutera patienterna med respektive läkare. I det arbetet befinner vis oss just nu.

Vi har haft möte med Järva psykiatri som finns i vårt område och diskuterat samarbetsformer runt patienter med psykisk sjukdom och diabetes. Vi har etablerat en direktkontakt mellan VC/HSV och Järva psykiatri för att vid behov kunna hjälpa våra gemensamma patienter snabbt.

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	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
	T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	(% eller antal)					

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Rinkeby VC	
Verksamhetschef Havise Koyuncu	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 1	HbA1C >70	14,4 %	30/4-22	10%	11,7%	Medra ve	22/1-23
Indikator 2	HbA1C 52-70	35,3%	30/4-22	30%	29,2%	Medra ve	22/1-23
Indikator 3	Videobesök uppföljning	0	30/4-22	5%	0	Medra ve	22/1-23

Övriga kommentarer:

Vi trodde mycket på att starta patientutbildning i grupp men tyvärr slutade vår diabetessköterska som gått kurs för att hålla i detta.

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.

1. Ingen ny lärdom men för många finns ett extra motstånd när det handlar om teknik och nya rutiner: uppföljande videobesök samt SMS-enkät till patienter har inte blivit av.

2 Se 1.

- 3 Vi hoppas kunna starta patientutbildning i grupp med den nya diabetessjuksköterskan som kommer att börja inom kort. Vi kommer också att arbeta för att hålla kvar och utveckla kontakten med Järva psykiatri. Vi kommer också att jobba vidare med att utveckla rutiner kring de patienter som kan behöva extra stöd av hemsjukvården.

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