

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 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.

Ulf Aringer – Specialist i allmänmedicin, verksamhetschef

Sundus Yusuf SsK

Anna Nordberg medicin sekreterare

Leila Mohammadi- ST-läkare leila.mohammadi@regionstockholm.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).

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.

Den huvudsakliga anledningen till valet av tema diabetes är att vi i nuläget saknar regelrätt diabetesmottagning på vårdcentralen sedan vår tidigare diabetessköterska sagt upp sig hösten 2021. Det är därför av särskilt stor vikt för oss att se till av våra diabetiker följs upp enligt rutin trots avsaknaden av dedikerad diabetessköterska/diabetesmottagning. I nuläget sköts diabetikerna av läkare med årliga besök enligt NDR, provtagning och läkemedelsförskrivning och förskrivning av hjälpmedel sköts av DSK i hemsjukvårdsteamet. Fotvård sköts av vår fotvårdare på vårdcentralen som även håller i planering av ögonbottenundersökningar (utförs på vårdcentralen av mobilt ögonbottenfoto-team).

Vårdcentralen har drygt 8300 listade patienter. Våra patienter kommer från hela Stockholm, flertalet är bosatta i närområdet. De senaste 24 månaderna (nu är vi i maj månad 2022) 2020-05-31 tills 2021-05-31 har vi 536 diabetes patienter enligt Medrev. Senaste 12 månaderna 2021-05-31 tills 2022-05-31 har vi 477 patienter är diagnostiserade med typ 2 diabetes enligt Medrev. Året 2022 har vi 461. Året 2021 hade vi 467.

Vid genomgång av data i Medrave M4 från senaste 24 månaderna kan vi konstatera att vi har många patienter med typ 2 diabetes som ligger högt i HbA1c och LDL-kolesterol. Vi ser även att en alltför liten andel av patienterna genomgått undersökning av fotstatus eller varit på ögonbottenundersökning, samt man har inte tagit mediamått på de.

Målet med kvalitetsarbetet är optimera behandlingen för DM typ 2 och sänka HbA1C, LDL –kolestrol enligt riktlinjer sätta ett mål och arbeta tillsammans med patienter att nå målet. Siffrorna för start läge hämtas från hela året 2021, alltså 2021-01-01 tills 2021-12-31.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Diabetes typ 2

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

Vi vill sänka HbA1C och LDL-kolesterol enligt riktlinjer och se till att vi utför noggrann status inklusive fotstatus och vill se till alla patienter går till regelbunden ögonbottenfotografi, på så sätt förbättra diabetesvård på primärvård vilket är viktigt för att höja livskvalitet på patienterna och minska samhälles kostnader för diabetesvård.

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.

Delmål 1 - Att öka andelen listade personer med diabetes typ 2 som har HbA1c under 52 mmol/mol från dagens 37,6 till 50%, tidsatt från 1 januari till sista december 2022.

Delmål 2 - Att öka andelen listade personer med diabetes typ 2 som har LDL-kolesterol under gränsvärdet på 2,6 mmol/L från dagens 41% till 50 %, tidsatt från 1 januari till sista december 2022.

Delmål 3 - Att öka andelen listade personer med diabetes typ 2 där sökord "fotstatus" och finns registrerat i journalen från dagens 66% till 75%, tidsatt från 1 januari till sista december 2022.

Delmål 4 - Att öka andelen listade personer med diabetes typ 2 där sökord "ögonbottenundersökning" finns registrerat i journalen från dagens 84% till 86%, tidsatt från 1 januari till sista december 2022.

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

- 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>

- 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?

Sjuksköterska:

För att rutinerna kring uppföljning (årliga kallelser, planering av ögonbottenfoto, förskrivning av hjälpmedel, beställa prov innan läkarbesöket) tilldelas ansvaret till en av sköterskorna på mottagningen då vår enda distriktssköterska i nuläget har alltför stor arbetsbörda i och med ansvaret för hemsjukvården:

Uppdatera väntelistan.

Kalla för besök vart 6-9 månad till Ssk med sockerkurva.

Vissa patienter behöver hjälpmedel för att ta sitt socker hemma, så ställ frågan att om detta behövs.

Samtal om Levnadsvanor och viktning, rökning, medicin, ta blodtryck

Använda Diabetes Mall och föra in fotstatus, midjemått och när patienten gjort sista ögonbottenfotografi.

Införa data i NDR.

Kalla för årligt besök hos läkare med prov innan,

Bestäm ett HbA1C mål tillsammans med patienten under Ssk besök och skriv i journalen.

ST-Läkare:

Titta på Medrave minst varje månad och avsatt tid i kalender för det.

Ta upp kvalitetsarbetet på APT, läkarmöte och Ssk möte

Regelbundna feedback till medarbetare efter att man tittat på Medrave varje månad, skickar TC meddelande, Skriva rapport i slutet och skicka till APC.

Lärarkollegor:

Motiverande samtal vid läkarbesök och utvärdera patientens insikt om DM

Sätta ett HbA1C tillsammans med patient

Optimera behandling, sätta in läkemedel enligt Kloka listan och kontrollera om den är bra och patienten använder.

Se till hur patientens Levnadsvanor och kost påverkar behandlingen,

Vid behov boka ett till besök hos Ssk som vanlig Ssk- besök för samtal och sockerkurva.
Även remiss till dietist, diabetescentrum kan övervägas.
Sätt patienterna på telefonuppföljning hos er

Sekreterare:

se till att besöket antecknas enligt mall för diabetesbesök.

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 snabbspirometrier 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. Självlklart 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	Startläge	Datum/period för start-läge	Mål	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel diabetiker med HbA1c under gränsvärde på 52 mmol/mol.	37,6	01/01-22	50%	Medrave	31/12-22
Indikator 2	Andel diabetiker med LDL-kolesterol under gränsvärdet på 2,6 mmol/L	41	01/01-22	50%	Medrave	31/12-22
Indikator 3	Andel diabetiker där sökord "fotstatus" finns registrerat i journalen	66%	01/01-22	75%	Medrave	31/12-22
Indikator 4	Andel diabetiker där sökord "Ögonbottenundersökning" finns registrerat i journalen	84%	01/01-22	86%	Medrave	31/12-22

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.

- Siffrorna för start läge hämtas från hela året 2021, alltså 2021-01-01 tills 2021-12-31.
-
-

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.

- Siffrorna för startläge hämtas från hela året 2021, alltså 2021-01-01 tills 2021-12-31.
- Siffrorna för del 2 hämtas från perioden 2022-01-01 till 2022-12-31*
- Vid skrivning av del 2 behövdes del 1 justeras då siffrorna inte stämmer, sannolikt pga oklarhet kring vilka period har man tagits i startläge. Ändringar i siffror i startläge gjorde att även målvärde justerades också.

Som berättades i delmål 1: En leg. Sjuksköterska blev ombedd att medverka i det här projekt. Sjuksköterskan genomgått väntelista för årskontroll, kallade patienter, bokade de hos läkare med prov innan, kallade till ögonbotten, dock hon fick administrations tid först i hösten, sedan dess hon har suttit en halv dag i vecka och tagit hand om väntelista.

Som läkare försökt jag att sätta in nya medicin, höja patientens insikt om sjukdomen, sätta ut billiga och icke effektiva mediciner, genomfört fotstuds, kontrollerat blt, använt diabetesmall i diktering, bokade besök hos sjuksköterska för lärande av sockeromsättning, kontroll av blt, samtal om levnadsvanor, lärande av Ozempic injektion, Jag har beställt nya prov om 4–8 veckor efter medicin ändring, bokat telefonkontakt eller återbesök för kontroll av effekten av nya mediciner, Ibland ombokade jag patienter till ett till besök med längre tid t.e. patienter med tolksamtal eller patienter med kommunikationssvårighet och bristande insikt eller multisjuka. Jag har försökt att uppmuntra andra kollegor och verksamhetschefen att delta i det här projektet.

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 diabetiker med HbA1c under gränsvärde på 52 mmol/mol.	37,6%	21-01-01	50%	37,3%	medrev	T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Andel diabetiker med LDL-kolesterol under gränsvärdet på 2,6 mmol/L	41%	21-01-01	50%	44%	medrev	T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året
Indikator 3	Andel diabetiker där sökord "fotstatus" finns registrerat i journalen	65%	21-01-01	75%	58%	medrev	T.ex. dec 2022
Indikator 4	Andel diabetiker där sökord "Ögonbottenundersökning" finns registrerat i journalen	84	21-01-01	86%	86%	medrev	T.ex. dec 2022
Indikator 5	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>		<i>Kopiera från steg 6</i>	T.ex. dec 2022
Övriga kommentarer:							
Som det syns vi har inte uppnått delmål enligt plan.							
C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?							
<ul style="list-style-type: none"> • Vad har ni lärt er? • 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? • 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. Vi har lärt oss: Utan diabetessjuksköterska och diabetesmottagning är svårt att uppnå målen. 2.) Vårdcentralen kan inte ge tillräcklig stöd till nydebuterad typ 2 DM, lärande av sjukdomen och optimal medicinering pga brist på kontinuitet, brist på fast kontakt med sjuksköterska och läkare påverkar patientens behandling och prognoser.							

Regelbunden kontakt med en sjuksköterska under projektet och UT som en fast läkare ökade chansen att patienten tar mycket ansvar för sin sjukdom och känner sig delaktig i behandlingen. Vissa typ 2 DM varit hos hyrläkare utan vidare uppföljning och stöd. Stora omställningar i VC och brist på resurser både på läkare och sjuksköterska hållet utgör att verksamheten prioriterar andra saker t.e, tillgänglighet vid TeleQ. Den sjuksköterska som skulle arbeta med oss hade svårt att boka återbesök hos sig pga att hade parallella arbetsuppgift.

Typ 2 DM tas inte på allvar lika mycket som cancer eller hjärtinfarkt.

2. Genom att ha samtal och låta de berätta vad tycker om DM och hur är prognosens. Motiverande samtal och samtal med sjuksköterskan om levnadsvanor har bidragit till att höja insikten och lärandet om sjukdomen.
3. Vi ska fortsätta jobba med DM och uppnå målen under året²³, två sjuksköterskor ska jobba med väntelistan för årskontroll, ögonbottenfotografi, fotstatus. Vi ska betona vikten av medicinjustering med uppföljning vid diabetesårskontroll hos läkarna, patienter ska få recept för att hel år, i kalender bör läggas diabetesårskontroll med special färg för att förbereda läkarna i förväg och ska vara längre tid. Snart kommer tillbaka diabetessjuksköterska så förhoppningsvis ska diabetesmottagning börja på nytt. UT ska göra mitt VESTA projekt om omhändertagande av patienter med typ 2 DM hos Rissne VC.

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