

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga Vårdcentral	
Verksamhetschef Denis Stygar	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.

Lokman Abdulkadirson, ST-läkare, lokman.abdulkadirson@gmail.com

Helena Nilsson, distriktsläkare

Helene Värme, diabetessköterska och Gandi Khosousi, diabetessköterska

Susanne Ahlqvist, enhetschef

Denis Stygar, verksamhetschef

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

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Spånga Vårdcentral

Verksamhetschef
Denis Stygar

Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

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.

Bakgrund

De nya riktlinjerna kring målvärden för LDL belyser vikten av mer aktiv behandling för att minska risk för sjukdom och död. På Spånga vårdcentral är vi mer aktiva med att sätta in statinbehandling än genomsnittlig vårdcentral i regionen. 67% av våra diabetiker har lipidsänkande behandling, jämfört med snittet i regionen på 61% (PrimärvårdsKvalitet). Det är dock bara 42% av våra diabetiker vars LDL ligger under 2,6 vilket förefaller vara lägre än snittet i regionen (NDR). Snitt LDL hos våra patienter ligger också något högre än snittet i regionen (2,8 jmf 2,4). Detta talar för att vi sätter in läkemedelsbehandling, med eventuellt i för låg dos.

Syfte

Förbättra omhändertagandet av patienter med diabetes typ 2 och minska risk för kardiovaskulär sjukdom och död genom att förbättra behandling av hyperlipidemi.

Patienter

Spånga vårdcentral har cirka 17700 listade patienter. Av dessa, cirka 880 har diabetes typ 2.

Drygt 60% av våra diabetiker (550 patienter) är över 65 år.

Personal

På Spånga vårdcentral har vi en strukturerad vårdprocess för omhändertagande av patienter med diabetes typ 2. Patienterna kallas aktivt för provtagning och klinisk kontroll hos husläkare minst en gång årligen och hos diabetessköterska minst en gång årligen. Ögonbottenfotografering utförs på vårdcentralen i samarbete med ögonklinikerna St Eriks ögonsjukhus. Diabetesrond sker en gång per termin och leds av diabetesansvarig läkare.

Fakta om Spånga VC

Vårdcentralen har öppet måndag – fredag kl. 07:30 – 17:00

80 % av våra patienter är listade på fast läkare

92 % telefonsamtal i godkänd tid

91 % följsamhet till Kloka listan

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga Vårdcentral	
Verksamhetschef Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

Samarbete med vårdgrannar: Järvapsykiatrin, Rehab Västra, vi har demenssamverkan med geriatriken Stockholms sjukhem, samverkan med kommunala omsorgen.

Arbetsätt och metoder

Vi använder statistikverktyg M4 och M4-PVQ för att ta fram statistik båda om person- och gruppnivå.

Möten vi har på vårdcentralen: arbetsplatsträffar, yrkesspecifika möten, hemsjukvårdsmöten, arbetsgruppers möten (t.ex. diabetes, astma/KOL, hypertoni)
Dokumenthanteringsprogram används för att kommunicera rutiner.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Mer aktiv lipidbehandling av diabetiker

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

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med diabetes typ 2 genom en mer aktiv behandling av hyperlipidemi hos diabetiker samt förbättrad uppföljning av behandlingseffekten och följsamheten till behandlingen. Målet är att minska risk för kardiovaskulär sjukdom och död.

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.

Till årets slut:

- Öka andel av patienter med diabetes typ 2 som har lipidsänkande behandling till minst 70 %.
- Öka andel av patienter med diabetes typ 2 som har LDL <2,6 mmol/l från 42 till 60%
- Öka följsamheten till lipidsänkande behandling från nuvarande nivå (öka andel patienter med uthämtade recept på statiner från 63% till 70%)
- Fler patienter ska ha Målvärde LDL dokumenterat i journalen, nu 28 patienter, mål >50 patienter

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga Vårdcentral	
Verksamhetschef Denis Stygar	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. Våra diabetiker träffar läkare en gång årligen och diabetessköterska en gång årligen. Inför läkarbesöket utförs mer omfattande provtagning, men inför diabetessköterskebesöket kontrolleras i dagsläget endast HbA1c. Vi lägger nu till LDL i samband med sköterskebesöket och uppmanar läkargruppen att dokumentera målnivå för patientens LDL i journalen i samband med årskontroll. Detta målvärde kan tas fram genom NDR riskmotor eller genom de generella riktlinjer som finns i Kloka listan. Proverna som tas vid sköterskebesök läggs för vidimering till ansvarig läkare, som på så sätt får en extra påminnelse om LDL nivå, och en möjlighet att meddela diabetessköterska om eventuell läkemedelsförändring. Diabetessköterskorna kan också vara delaktiga i att jämföra målnivåer med faktiska LDL nivåer och diskutera dosjustering med ansvarig läkare. Icke-farmakologisk intervention: diskutera levnadsvanor i samband med besöket hos diabetessköterska. Övrig berörd personal på vårdcentralen involveras genom information och löpande uppdatering om projektet på APT och yrkesgruppsmötena.

- b. I samband med årligt besök hos diabetessköterska frågas patienter om de tar lipidsänkande medicinering enligt ordination och om det finns eventuella hinder/problem med medicineringen. Patienterna frågas om hur de upplever rådgivningen kring lipidbehandling som dem får via vårdcentralen. Har de fått rätt information? Önskemål /Förbättringsförslag? Patienternas svar dokumenteras i relevanta fall och sammanställs för att få en samlad bild.

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga Vårdcentral	
Verksamhetschef Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 patienter med DM2 som står på statinbehandling	66,8 %	2021-12-31	>70 %	M4 PVK	2022-12-31
Indikator 2	Andel patienter med DM2 vars LDL är <2,6 mmol	41,5%	2021-12-31	>60%	M4	2022-12-31
Indikator 3	Antal patienter som har dokumenterad målvärde LDL i journalen	28 patienter	2021-12-31	>50	SLSO Statistik	2022-12-31
Indikator 4	Andel patienter som hämtat ut utskrivna recept på statiner	63%*	2021-12-31	70%*	LUD/GUPS	2022-12-31

Kommentar (valfritt):

* Statistik från LUD eller genom informationsapotekare.

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 (=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.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Spånga Vårdcentral

Verksamhetschef

Denis Stygar

Aktnummer (ifylles av HSF)

Avstämningsmöte, statistik 20/5 2022

Indikator 1: 66,4 % (+14 nya DM2 pat) (Period PVK senaste 18 månaderna)

Indikator 2: 46,6% (period senaste 18 månaderna fram till dagens datum)

Indikator 3: 30 (period 2022-01-01 – till dagens datum)

Indikator 4: Helena N kollar med APC (period senaste 12 eller 18 månaderna)

Avstämningsmöte 15/9 2022

Statistik 15/9 2022

Indikator 1. Andel patienter med lipidsänkande läkemedel. Mål 70%

Hitta informationen via M4 - Rapporter - Primärvårdskvalitet - Område - Kroniska sjukdomar - Diabetes - Diabetes behandlat med statiner

Rapporten visar samanställning 18 månader bakåt i tiden.

Ingångsvärde 1/1 67% (66,8%)

Mätning 30/4 66%

Mätning 30/8 67%

Indikator 2. Andel patienter som uppnår målvärde under <2,6 för LDL Mål 60%

Hitta informationen via M4 - Rapporter - Sjukdomar - Diabetes - Blodfetter

Mätperiod 18 månader bakåt i tiden, rullande datum.

Ingångsvärde 1/1 41,6%

Mätning 20/5 46,6%

Mätning 30/8 49%

Indikator 3. Antal patienter med målvärde för LDL dokumenterat i journal. Mål >50

Hitta informationen via Insidan - Mitt arbetssätt - Statistik och uppföljning - Primärvård - Generell rapport. Term-ID är 17923 (målvärde LDL)

Mätning av ackumulerat värde under året med start 1/1 2022.

Under hela 2021 gjordes notering om 28 målvärden.

Mätning 20/5 19 patienter

Mätning 30/8 51 patienter

Indikator 4. Andel uthämtade statinrecept under ett år Mål >70%

APC hjälper att ta fram statistiken från GUPS/LUD.

Under 2021 hämtades 63% av recepten ut.

Mätning aug 2022 63%

Regelbunden uppdatering om projektet på läkarmötet och regelbundna avstämningar i diabetesgruppen.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga Vårdcentral	
Verksamhetschef Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

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/Källa (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med DM2 som står på statinbehandling	66,8 %	2021-12-31	>70 %	68,4% (M4 PVK)	2022-12-31
Indikator 2	Andel patienter med DM2 vars LDL är <2,6 mmol	41,5%	2021-12-31	>60%	55,6% (M4)	2022-12-31
Indikator 3	Antal patienter som har dokumenterad målvärde LDL i journalen	28 patienter	2021-12-31	>50	161 (SLSO Statistik)	2022-12-31
Indikator 4	Andel patienter som hämtat ut utskrivna recept på statiner	63%*	2021-12-31	70%*	64,5 % (LUD/GUPS)	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 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.
- Viktigt med uppföljning efter insatt statinbehandling för att säkerställa att patienten uppnå målvärde
- Involvering av diabetessköterskor i lipidbehandlingen förbättrar compliance och ger en extra möjlighet till dosjustering av statiner även vid sjuksköterskebesök.
- Arbetet ledde till ökad användning av NDR riskmotor på kliniken

2. Patienterna blir mer medvetna om sin lipidsänkande behandling och lipidnivåerna tack vare extra samtal med fokus på blodfetter hos diabetessköterska. Patienterna gavs möjlighet att ställa frågor om sin behandling samt få råd i samband med livsstilssamtal.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga Vårdcentral	
Verksamhetschef Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

3. Vi har uppnått mål för indikator 3. Vi är på god väg att uppnå mål för indikatorer 1 och 2 och för att komma närmare målen planerar vi att fortsätta med årliga kontroller av LDL i samband med läkarbesök för uppföljning av diabetes. Ytterligare en provtagning kommer att göras av diabetessköterska för patienter med senaste LDL >2,6

Vid dosändring beställer läkaren uppföljning med nytt LDL prov hos diabetessköterska

Ny statistik för indikatorer 1-4 om 1-2 år

Indikator 4: det finns en möjlig förklaring till att ökningen varit relativt liten. Om man byter sort eller ändrar dos på statin ligger ofta gamla recept kvar i förskrivningsregistret. Patienten kanske hämtar ut nytt recept men gamla recept finns kvar och påverkar statistiken.

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 forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se