

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Arenastadens vårdcentral	
Verksamhetschef Dr: Tayeb Hosseini.	Aktnummer (ifylles av HSF)

Arenastadens vc kvalitetarbete **2022**

del 1 och del 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 forbatteringsarbeten.apc.siso@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.

Verksamhet chef . Dr: Tayeb Hosseini. info@arenadoktorn.se

Kontakt person : Diabetessköterska : Shokoufeh Nazari shokoufeh.nazari@arenavardcentral.se

Läkare : Zhao Bian

Läkare : Galina Mutomtseva

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Arenastadens vårdcentral	
Verksamhetschef Dr: Tayeb Hosseini.	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

Enligt nationella riktlinjer bör målnivån för andelen patienter med HbA1c >70 mmol/mol vara <10%. Blodtryck för diabetes ska vara under 130/80

År 2021 hade vi ca 5000 patienter av dessa har vi ca 103 patienter med diabetes typ II.

Av det 103 patienter är 6 % har HbA1c >70 mmol/mol, 5 % BMI>35 och 13% blodtryck >140/80 . Vi har tagit fram värdera med en manuell sökning på NDR.

Vi ska jobba med dessa riskgrupper under året 2022.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Diabetes med fokus på blodtryck, BMI, HbA1c

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

För år 2022 vill vi förbättra omhändertagandet av våra patienter som har blodtryck över 140/80, BMI över 35 samt de som har HbA1c över 70 . för att detta är viktiga att minska risken för andra sjukdomar eller komplikationer så som hjärt och kärl sjukdomar.

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.

Tyvärr vi har inte medrave än, mätbara värde vi ska ta från NDR.

Samt patienterna som söker till oss för hypertoni eller över vikt, vi erbjuder de att fylla i risktest för diabetes typ II.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Arenastadens vårdcentral	
Verksamhetschef Dr: Tayeb Hosseini.	Aktnummer (ifylles av HSF)

Diabetes patienter som ej når målblodtryck/HbA1c ska erbjuds tätare återbesök till diabetes ssk och läkare till nå målet.

Vi kommer att lägga särskild vikt på matvanor och fysisk aktivitet. Genom att ge motiverande samtal/skicka remis till dietist och skriver FAR,

Vid riskfot 2 remiss till fotsjukvård,

Vi ska planera diabetes rond 1 gång per månad

Som tidigare kommer vi att informera patienterna om riskerna och komplikationer efter diabetes typ II så som hjärt och kärl sjukdomar... patienterna ska få förståelsen om hur hjärt och kärlsjukdomar kan förebyggas.

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 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	<i>HbA1c >70 mmol/mol</i>	6%	2021.12.30	4%	NDR	2022.12.30
Indikator 2	<i>BMI>35</i>	5 %	2021.12.30	4%	NDR	2022.12.30
Indikator 3	<i>Blodtryck >140/80</i>	13%	2021.12.30	8%	NDR	2022.12.30

Kommentar (valfritt):

*Vi har valt tre Indikator
I start läge 2022.01.01 hade vi 103 diabetes patienter
ca. 5 patienter med HbA1c >70 mmol/mol
ca. 6 patienter med MBI > 35
ca.13 patienter med blodtryck >140/80*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Arenastadens vårdcentral	
Verksamhetschef Dr: Tayeb Hosseini.	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.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Arenastadens vårdcentral

Verksamhetschef
Dr: Tayeb Hosseini.

Aktnummer (ifylles av HSF)

- Vi har utbildat och informerat patienterna om diabetessjukdom och riskfaktorer som är jätte viktiga. De flesta patienterna hade förståelsen för hur de kan vara delaktig på sin egna omvårdnad och behandling och det var lättare att sätta upp behandlingsmålen tillsammans. För en del som var svårt att acceptera diabetes vi träffades patienter i team med fler uppföljningar.

- Vi har identifierat alla patienter med HbA1c >70%, blodtrycket >140/80 och BMI>35 genom NDR, samt när läkare eller Ssk på hypertoni mottagningen ser att patienten har riskfaktorer för diabetes återkopplas till diabetes ssk för att lägga plan.

- För patienter med diabetes typ II vi planerade minst en läkare besök och 1-4 gånger diabetessköterska besök per år utifrån deras värde på blodprover, blodtrycket och BMI. Så tätare besök ger bättre resultat hos de flesta patienterna. Till exempel för de valt tre Indikator vi satt upp olika delmål och mål för enskilda patienter. Vi flera uppföljningstillfällen via telefon, digitalvård och email, när det gälldes justering av mediciner, råd givning eller motivera patienter till livsförändringar.

- Patienterna tyckte att vi är flexibel och tillgängliga när de hade email kontakt med diabetes ssk. på så sätt de kände sig trygga att kommer fram snabbt och slipa att stå i tel kö systemet.

- Vi hade diabetes rond i team 1-2 gånger per månad, vi har tagit upp det mest patienter som hade svårt att nå målet. Efter temarond diabetes ssk hade kontakt med enskilda pat och har informerat om nya plan.

- Remiss till ögonbottenfotografering, dietist, medicinsk fotvård Psykolog, och FaR enligt rutiner.

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Arenastadens vårdcentral	
Verksamhetschef Dr: Tayeb Hosseini.	Aktnummer (ifylles av HSF)

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	<i>HbA1c >70 mmol/mol</i>	6%	20211230	4%	5%	NDR	20221230
Indikator 2	<i>BMI >35</i>	5 %	20211230	4%	10%	NDR	20221230
Indikator 3	<i>Blodtryck >140/80</i>	13%	20211230	8%	6%	NDR	20221230

Övriga kommentarer:

Under året 2022 fick vi mera listades diabetespatienter. Då ökade vi diabetespatienter från 103 till 115.

Resultatstatistik är tagit fram av 115 diabetespatienter som är registrerat på NDR,

Av de 12 nya patienterna 7 patienter hade antingen HbA1c >70 eller BMI >35 eller båda BMI och HbA1c var över referens värden.

Patienterna hann inte att nå målet på BMI < 35 /HbA1c < 70 för att fler av nya patienterna var listat hos oss några månader innan året slut. Så vi kommer att första och jobba med dessa patient grupper vidare år 2023.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Arenastadens vårdcentral

Verksamhetschef
Dr: Tayeb Hosseini.

Aktnummer (ifylles av HSF)

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-

Att uppföljning för patienterna feedback på hur hba1c/ vikt/ blodtrycket förbättrats över tid, samt att givna kostråd också har betydelse.

2.

Patienternas delaktighet har ökat genom att de fått närmare samverkan med sin diabetessköterska. Patienten kände sig trygg med att vi följer upp dem, att patienten har ett eget ansvar för sin hälsa. Vi har varit öppna för deras förslag, (att ha mer kontakt via tel, email).

3.

*Fortsätta på samma sätt som hitills
Vi kommer att ha MedRave från 2023, så vi kommer att ha mer data på vår valda Indikator*

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.slo@regionstockholm.se