

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Doktor.se Väsby läkargrupp	
Verksamhetschef Ramesh Zarenoe	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 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 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.

Skriv i den här rutan namn och professioner, samt e-postadress till en kontaktperson i teamet.

Sadaf Nawaz (kontaktperson)	ST läkare	sadaf.nawaz@doktor.se
César Robleto Joiner (slutat)	Allmänmedicinspecialist	cesar.robledo.joiner@doktor.se
Lisbeth Sellin (slutat)	Diabetessköterska	lisbeth.sellin@doktor.se
Sofia Höjer	Diabetessköterska	sofia.hojer@doktor.se
Ann-Charlott Leinonen	Admin	anncharlott.leinonen@doktor.se
Zhila Moghaied	Allmänspecialist	zhila.moghaied@doktor.se

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Doktor.se Väsby läkargrupp	
Verksamhetschef Ramesh Zarenoe	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.

Registrering, Diagnostisering, att följa riktlinjer

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja 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>

Vi är bra på att kalla diabetiker och följa dem 2 ggr om året, en gång hos dsk och en gång hos läkare. Sjuksköterska är noga med sina kontroller och att hålla i motiverande samtal om livsstil. Detta innebär bl.a. att patienter kallas regelbundet och följs upp på ett standardiserat sätt. Vi har enligt medrave sista året 72,5 % diabetiker utan komplikationer (Hjärtkärlsjukdomar, ögonkomplikationer och njurkomplikationer). Även om vi kunde se en tydlig förbättring gällande kontinuitet och en tendens om förbättrad behandlingsoutcome, visar det sig att vi fortfarande kan förbättra oss avseende vissa resultat, framför allt vad gäller diabetespatienter komplikationer och dokumenterade resultat i NDR. Vi hade förra året 2021 581 diabetespatienter och året 2022 antalet ökat till 608 diabetespatienter, Till exempel: Enligt medrave senaste år, av 61 diabetiker, 29 hade LDL inom gränsen. Av 61 diabetiker, 37 diabetiker hade BT inom referens. LDL och BT inom gränsen som specificeras via viss. Det behöver förbättras.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Diabetes

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

Förbättra NDR registrering (använder Medrave)Diagnossättning. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter som har diabetes det är viktigt för att öka livskvalitet och för att minska risken för komplikationer som följd av sjukdomen., Diagnos av prediabetes(Att vi sätter prediabetes diagnos i journalen att det finns många patienter som har ej detta.) . Förbättra patienternas metabollkontroll

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.

- *Att öka andelen listade personer med adekvat HbA1c utan komplikationer*

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Doktor.se Väsby läkargrupp

Verksamhetschef
Ramesh Zarenoc

Aktnummer (ifylles av HSF)

- Att öka antal personer med Diabetes som har normala Triglycerider och LDL kolesterolvärde från dagens 29 av 61 patienter tidssatt från 1 januari 2022 till första december 2022.

Enligt viss riktlinjer. Målvärde <1,4 för pat med Diabetes typ 2 (eller typ 1 > 40 års ålder) med manifest ateroskleros, mikrovaskulära komplikationer från minst 3 lokaler (till exempel retinopati, mikroalbuminuri, neuropati) eller tecken på organskada (eGFR < 45 ml/min eller eGFR 45–59 ml/min plus mikroalbuminuri eller proteinuri (albumin-/kreatininkvot > 300 mg/g).

Målvärde <1,8 patienter med diabetes som inte har mycket hög risk eller måttlig risk.

Målvärde <2,6 välkontrollerad diabetes typ 2 (eller typ 1 > 40 års ålder) med < 10 års diabetesduration och utan organskador eller aterosklerotiska riskfaktorer.

- Förbättra blodtryck behandling hos diabetiker. Enligt viss riktlinjer.

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 [verktyget fiskbensdiagram](#) 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? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).

- a. Vi tänker att skriva ett nytt lokalt vårdprogram och ge presentation till alla läkare på läkarmöte. Genom att förbättra läkarnas kunskap på diabetes nationella riktlinjer (följer nya riktlinjer) ska vi förbättra användning av journalmall. Den kommer direkt att förbättra vår statistik genom att förbättra register. Det kommer att förbättra kvalitét på diabetes årskontroller och i samband med det ska det ge för konsekvens en förbättring att upptäcka risker / tillkommande komplikationer. Detta ska leda till att man i rätt tid reagerar och utreder vidare eller remitterar vidare till specialistvård eller beställa rutinkontroller (d.v.s Ögonbottenkontroller , Fotvård) samtidigt att lära patienten eller rådgöra om preventiva åtgärder som t.ex motion och kost.

b. För patienterna bedömer vi att det är viktigt med att öka engagemanget med hänsyn till egenvård, detta då de behöver ta ett stort ansvar utanför mottagningsbesöken. För att öka engagemanget krävs därför en god förståelse för varför man gör de insatser som genomförs. Patienter får livstilsförändring samtal via diabetessköterskan. Patient har bra kontakt med diabetessköterskan som följer patient regelbundet.

Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Doktor.se Väsby läkargrupp	
Verksamhetschef Ramesh Zarenoc	Aktnummer (ifylles av HSF)

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	Andelen listade personer med adekvat HbA1c utan komplikationer (enligt MEDRAVE)	72,1%	20220101	80%	Medrave	2022.12.1
Indikator 2	Andel diabetiker med adekvat LDL värde	29 stycken	20220101	39	Medrave	2022.12.1
Indikator 3	Andel diabetiker med adekvat blodtryck enligt viss	39 stycken	20220101	49	Medrave	2022.12.1
Indikator 4						
Indikator 5						

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.

Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. 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 arbets sättet. **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)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Doktor.se Väsby läkargrupp	
Verksamhetschef Ramesh Zarenoe	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 skrivit ett nytt lokalt vårdprogram om diabetes typ 2 och givit presentation till alla läkare på läkarmöte och haft kontakt med diabetes gruppen för att se utveckling. Under 2022 försökte att förbättra läkarnas kunskap på diabetes nationella riktlinjer (följer nya riktlinjer) att förbättra kvalitét på diabetes årskonroller. I viss mån har interna utbildningar kunnat genomföras. Indikator som vi försökte förbättra är

- *Andelen listade personer med adekvat HbA1c utan komplikationer*
- *Andel diabetiker med adekvat LDL värde enligt nya riktlinjer*
- *Andel diabetiker med adekvat blodtryck enligt viss*

Vid mötet hos SSK/DSK har patienten fått kartläggning av livsstil och fått rådgivning utifrån patientens behov men med fokus på kost och motion. Sköterskan har använt sig av kvalificerad rådgivning av motion och kost.

Vi tänkte skicka Hälsö enkät till patienter men pga. omständigheter på vårdcentralen (några personal som slutade) kunde ej detta genomföras. För att öka patienter delaktighet patienter har tagit med sig sina blodsocker kurva vid besök till läkaren som de har tagit själv hemma.

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	<i>Andelen listade personer med adekvat HbA1c utan komplikationer</i>	72,1 %	20220101	80%	78,8%	Medrave	2022.12.1
Indikator 2	<i>Andel diabetiker med adekvat LDL värde</i>	29 st av 61 st= 47,5% diabetiker med adekvat LDL	20220101	39st av 61st= 63,9%	26 st av 52 st= 50% av diabetiker med adekvat LDL	Medrave	2022.12.1
Indikator 3	<i>Andel diabetiker med adekvat blodtryck</i>	39 stav 61 st=63. 93% diabetiker med	20220101	49st av 61 st=80 %	38 st av 52 st=73 %diabetiker med adekvat blodtryck	Medrave	2022.12.1

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Doktor.se Väsby läkargrupp	
Verksamhetschef Ramesh Zarenoc	Aktnummer (ifylles av HSF)

		adekvat blodtryck					
--	--	-------------------	--	--	--	--	--

Övriga kommentarer:
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 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.

Det går att göra en bestående och viktig förbättring med en enskild insats. Förändringsarbete kräver engagerad personal som vill förbättra och förändra rutiner för ett resultat som gynnar patienter. Det behövs avsätta tid till ansvariga för projektet för att fortlöpande kunna följa resultaten.

2.

Vi planerade hälsoenkät men pga omständigheter på vårdcentral det kunde ej genomföras. För att öka patienter delaktighet patienter har tagit med sig sitt blodsocker kurva vid besök till läkare. Detta medförde att patienten var förberedd inför sin besök till läkare, kunde ställa frågor som patienten hade reflekterade över och mer aktiv deltagande i sin vård som i sin tur ökade komplians. Patienter fick livstilsförändring samtal via diabetessköterskan. Patient har bra kontakt med diabetessköterska som följer patient regelbundet. I samtalet med sjuksköterskan informerades patienter allmänt om riskerna med höga blodfetter samt om blodtryckskontroll och även råd om kost och motion.

3.

Arbetet har aktualiserat vikten av att beakta kvalitet på diabetes årskontroller vilket därmed medvetandegjorts att man upptäcker risker / tillkommande komplikationer. Förbättrade användning av journalmall förbättrade vår statistik genom att förbättra register. Att Andel diabetiker med adekvat HbAc utan komplikationer (Hjärtkärlsjukdomar, ögonkomplikationer och njurkomplikationer) ökat från 72% till 78,8%, Andel diabetiker med adekvat LDL värde ökar från 47,5 % till 63,9% och Andel diabetiker med adekvat blodtryck ökar från 63,9% till 73 % vilket är glädjande. Alla värde tagit från Medrave vilket är ej uppdaterad enligt nya riktlinjer. Vi planerar att regelbundet uppdatera vår lokal diabetes vårdprogram och hålla vår läkaregruppen uppdatera samt ordna interna utbildningar. Som gällande alla områden så behövs ett aktivt arbete från alla kollegor, med att vara intresserade för sin egen förbättringspotential men även att följa nya riktlinjer och behandlingsalternativ. Förhoppningsvis vi utökar vidare den konstruerade samverkan mellan läkare, patient och sköterska .

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