

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Bredäng Sättra VC	
Verksamhetschef Ann Carlswärd	Verksamhetschefens e-post ann.carlsward@regionstockholm.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Jamilah Eskandari
Profession: enhetschef, distriktssköterska
E-post: jamilah.eskandari@regionstockholm.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.• Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidosjukvård, det kan bli sårbart.• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Jamilah Eskandari DSK Gunilla Gliving DSK Hellene Solomon ST läkare

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Patient information om DM. Gå igenom formulär tillsammans med patienten.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Målet med förbättringsarbetet baseras på att vi noterat att 13 % våra diabetiker har ett HbA1C som ligger över 70 och det nationella målet för diabetiker är att högst 10 % av diabetikerna bör ligga över 70 i HbA1C.

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Förbättra information och levnadsvanor för diabetiker med ett HbA1C över 70.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Få mer medvetna patienter gällande sin diabetes och få dom att förstå vikten av att sänka sitt HbA1C för att om möjligt undvika komplikationer.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Många diabetespatienter

1.1: Utöka timmar för diabetessköterska
1.2:
1.3:

2: Dålig kompliance

2.1: Kalla patienterna till diabetessköterska
2.2: Informera och samtala med patienterna
2.3:

3: Pandemi effekt, dvs att patienterna har undvikit besök under en tid.

3.1: Patienterna kommer nu i större utsträckning
3.2:
3.3:

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (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 patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol.	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå
--	---	--	-------------------------	-------------------------------	----------------------------------	----------------------------

	Antal snabbspirometri per vecka		start-läge			mål-värdet
Indikator 1	Andel patienter med DM med HbA1C över 70	13 %	240301	10 %	Med rave	241231
Indikator 2	Andel patienter med kronisk sjukdom där matvanor uppmärksammats	13,5 %	240301	20 %	Med Rave Primärvård skvalité	241231
Indikator 3						T.ex. dec 2024
Indikator 4						T.ex. dec 2024
Indikator 5						T.ex. dec 2024

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.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Vi har tagit ut listor från Medrave med patienter som har ett HbA1C över 70, dessa kommer att kallas till diabetessköterska för samtal och genomgång av sin diabetes och sina levnadsvanor minst 2 gånger under 2024

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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 infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

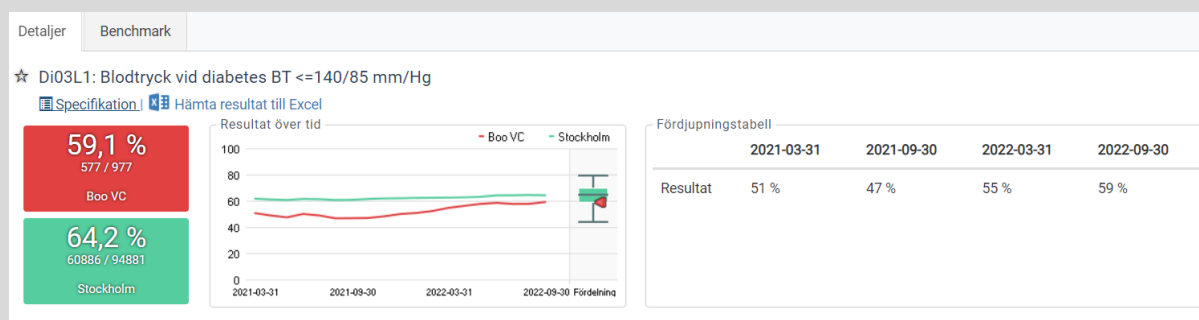
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har tyvärr inte nått vårt mål vad gäller att minska antalet patienter som ligger över 70 i HbA1C utan vid utgången av året står vi på samma som tidigare, 13%. En bidragande orsak kan vara att vi under året har fått ytterligare diabetespatienter till vår mottagning och som vi inte lyckats fånga. Vi kommer att fortsätta arbetet och försöka strukturera det ännu mer, ta ut nya listor på de över 70 i HbA1C och kalla dessa oftare till diabetessköterskan, vi har redan en välfungerande direktkontakt med läkare vid eventuellt behov av medicinjustering men vi ska se om vi kan förbättra den ytterligare.

Vi har en liten förbättring av resultatet hos våra kroniker att man vid besöket uppmärksammar matvanor, vi nådde inte vårt mål men har ökat från 13,6% till 14,2%. Vi kommer att fortsätta vårt arbete och diskutera med alla vårdgivare vikten av att ta upp levnadsvanor, framförallt vid årskontrollerna.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med DM med HbA1C över 70	13 %	240301	10 %	13 %	Med rave	241231
Indikator 2	Andel patienter med kronisk sjukdom där matvanor uppmärksammas	13,5 %	240301	20 %	14,2 %	Med rave Primärvårds årskvalité	241231

Indikator 3							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2024</i>

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att det är väldigt viktigt att arbeta strukturerat och att följa upp för att nå ett förbättrat resultat. Vi tror att vi måste ha fler möjliga timmar där diabetessköterskan kan ta emot patienter. De flesta av våra diabetiker går på sin årskontroll hos läkaren men "tappas" ibland bort, dom avbokar själva sin tid och bokar inte igen, eller är tillfälligt inlagda på sjukhus då besöket skulle ägt rum och blir inte kallade igen, vi kommer se över våra rutiner för att förbättra detta.

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?

Alltid använda tolk när behov finns så att inte missförstånd uppstår och patienten får riktig information. Vid svårare patientfall, skickar vi remiss till dagvården, så att patienten får en mer omfattande utbildning och information om sin kroniska sjukdom.

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.

Vi kommer att fortsätta arbetet och försöka strukturera det ännu mer, ta ut nya listor på de över 70 i HbA1C och kalla dessa oftare till diabetessköterskan, vi har redan en välfungerande direktkontakt med läkare vid eventuellt behov av medicinjustering men vi ska se om vi kan förbättra den ytterligare. Vi kommer förmodligen att försöka utöka antalet timmar hos diabetessköterskan för att nå fler patienter och kunna följa upp oftare.

Vi kommer att fortsätta vårt arbete och diskutera med alla vårdgivare vikten av att ta upp levnadsvanor, framförallt vid årskontrollerna.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.