

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Bromma husläkarmottagning	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Philip Latif	philip.latif@brommahlm.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: Jenny Vikbladh
Profession: Enhetschef/distriktssköterska
E-post: jenny.vikbladh@brommahlm.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 sidotjänstgöring, 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: Distriktssköterska Jenny Vikbladh, verk. chef Philip Latif, allmänläkare Hafiz Latif, undersköterska Susanna Jansson.

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

B:
Intervjufrågor under patientbesök.

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?

I år vill vi att våra diabetiker ska vara i fokus då vi under vintern har märkt att vi brustit i fotstatusstagnation av merparten av våra diabetiker, samt att de fotstatusremisser som vi skickat har varit bristfälliga. Fotstatus låg på 33,8% jämfört med rikets 72,3%. Vid vidare kontroll av primärvårdskvalitetsindexvariablerna så ser vi att vi har förbättringsmöjligheter både på förekomst av diabetes samt ett antal andra variabler berörandes kvaliteten på behandling med statiner och metformin, förekomst av albuminuri och makroalbuminuri.

Vi vill att alla sköterskor och läkare på mottagningen ska kunna utföra en fotstatuskontroll. Vi vill åstadkomma en ny rutin för kontinuerliga kontroller och uppföljning av våra typ 2 diabetiker som överensstämmer med Primärvårdskvalitetsindex och höjer samtliga av våra värden till riksmedianen eller bättre.

Genom att höja dessa målvärden så ämnar vi höja kvaliteten på den vård som vi levererar till våra patienter med diabetes typ 2. Vården av dessa har avsevärd betydelse då de utgör en betydande del av vårt kronikerunderlag på verksamheten. Efter att ha arbetat med rutinerna för behandling av våra hypertoniker under föregående års kvalitetsarbete, så kommer vi genom att höja vår kompetens berörandes våra diabetiker att leverera en avsevärt bättre vård till merparten av verksamhetens patienter med kroniska diagnoser.

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.

Diabetes

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vi vill se en prevalens av diabetes typ 2 diagnoser på verksamheten som är överensstämmande med medianvärdet i riket.

Vi vill att alla patienter med diabetes typ 2 som söker sig till vår vårdcentral får en korrekt fotstatuskontroll

Vi vill att alla patienter med diabetes typ 2 som söker sig till vår vårdcentral ska få en årlig kontroll av albumin i sin urin.

Vi vill att våra läkare ser till att kontrollera att samtliga patienter med diabetes typ 2 med behov står på statiner.

Vi vill att våra diabetiker får regelbundet ögonbottenundersökning.

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: Kompetensbrist hos personal

1.1: Utbildningstillfällen
1.2: Anställning av diabetessköterska
1.3:

2: Avsaknad av väl utarbetade rutiner för diabetes typ 2 patienter

2.1: Utforma en väl genomtänkt rutin för hur man tar hand om diabetes typ 2 patienter
2.2: Kalla patienter och mät nya resultat
2.3:

3:

3.1:
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 snabbspirometri 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 processmåten 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 ”balanserande 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. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Dio1: Förekomst av diagnos diabetes</i>	2,8%	20240206	5,7%	Medrave	20241231
Indikator 2	<i>Dio4: Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner</i>	35,1%	20240206	67,8%	Medrave	20241231
Indikator 3	<i>Dio6M;o: Andel patienter med diabetes som saknar uppgift om albuminuri</i>	17,2%	20240206	10%	Medrave	20241231
Indikator 4	<i>Andel utförda ögonbottenundersökningar</i>	67%	20240206	75%	Medrave	20241231
Indikator 5	<i>Dio8: Andel patienter med diagnos diabetes som har fått fotundersökning</i>	33,8%	20240206	75%	Medrave	20241231

Kommentar (valfritt):

Indikatorer tar vi från primärvårdskvalitetindex på Medrave. Indikator 5 Dio8 har vi satt mål 75%, vilket är över medianen, för att minst komma upp i minsta kvalitetsnivå enligt ”Uppföljningsindikatorer för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård år 2023”.

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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

Planera – Philip och Jenny utarbetar skriftliga rutiner i samråd med MLA Hafiz under kvalitetsgruppsmötena innan sommaren 2024. Jenny kommer att ansvara över det operativa utförandet av årskontroller av diabetiker under året, och att dessa utförs enligt den rutin som kvalitetsledningsgruppen kommer överens om. MLA Hafiz ansvarar för att instruera och utbilda resten av läkargruppen. Undersköterska Susanna kommer under året att verka stödjande som kallare av patienter.

Göra – Planen utförs enligt planering, med bortfall av gruppens ansvariga undersköterska i augusti månad. Kallelser har därefter hanterats av Jenny själv och undersköterskekollegor enligt plan.

Studera – Intern utbildning av fotstatus av samtlig relevant personal utförd enligt plan. Extern föreläsare från APC inbjuden för föreläsning om diabetes i hemsjukvården utförd med samtliga i personalen närvarande enligt plan. Allt utfört enligt planering, med vissa bortfall av patienter enligt förväntan. I övrigt gott resultat.

Agera – Idé var jättebra och har lett både till rutinförbättringar och gott resultat över regionsnittet. Arbetssättet kommer att fortgå över till år verksamhetsår 2025.

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.sls@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

Förberedande för detta arbete har varit upprättande av journalmallar för både läkare och sköterskor vars sökord känns igen i NDR och av MedRave (se bilaga 1). Den information som samlas in i dessa databaser har sedan använts av diabetessköterska och läkare för att ge korrekt behandling till rätt patient, ställa rätt frågor, samt enkelt identifiera och följa upp de patienter som har störst vårdbehov. Provpaket i TakeCare har setts över så att detta är optimerat för diabetessköterskans årskontrollsbesök (se bilaga 2).

Under besöket frågar diabetessköterskan patienter i enighet med journalmall (bilaga 1) innan blodtrycks kontroll etc. Hen ger sedan rådgivning och beslutar om en lämplig vårdplanering. Fotstatus tas på samtliga diabetespatienter vid årskontroll till diabetessköterska. Diabetessköterska använder sig av en väntelista i TakeCare som inkluderar samtliga diabetespatienter listade på

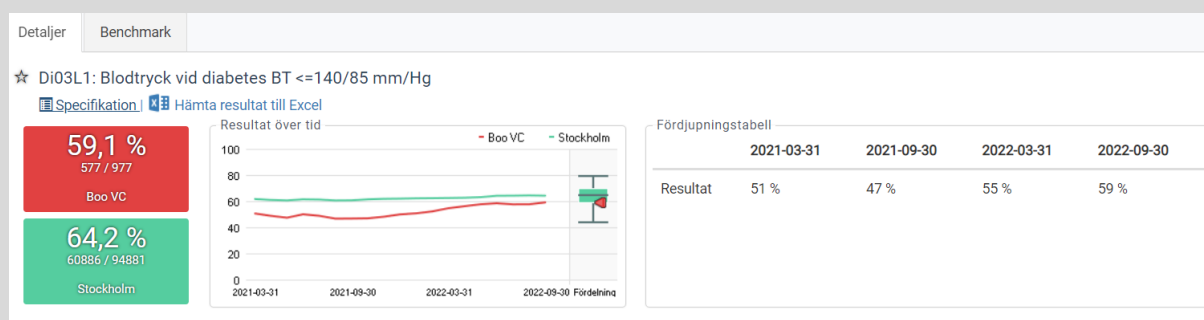
mottagningen. För att komplettera denna så använder hen sig även av en patientlista som för varje år specificerar huruvida ögonbotten har gjorts eller ej, andra nyckelord av relevans.

Under besöket kontrolleras alltid när senaste ögonbottenundersökning ägt rum. Vid avsaknad eller om gjord tidigare än 2 år tillbaka skickar diabetessköterska en remiss för detta. Läkare har hållits extra observerande vid nydebuterad diabetes för snabb uppföljning av diabetessköterska. Diabetessköterska kontrollerar regelbundet patienternas statiner via MedRave och bokar upp patienter med avvikande statiner, albumin, andra värden etc. för nya prover och uppföljningssamtal med läkare eller diabetessköterska.

Att patienterna träffar få nyckelpersoner som arbetar i team anser vi som en kritisk framgångsfaktor för vår diabetesmottagning under det gångna året.

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	<i>Di01: Förekomst av diagnos diabetes</i>	2,8%	20240206	5,7%	3,1%	Medrave	20241231
Indikator 2	<i>Dio4: Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner</i>	35,1%	20240206	67,8%	41,3%	Medrave	20241231
Indikator 3	<i>Dio6M;o: Andel patienter med diabetes som saknar uppgift om albuminuri</i>	17,2%	20240206	10%	10,2%	Medrave	20241231
Indikator 4	<i>Andel utförda ögonbottenundersökningar</i>	67%	20240206	75%	91%	Medrave	20241231
Indikator 5	<i>Dio8: Andel patienter med diagnos diabetes som har fått fotundersökning</i>	33,8%	20240206	75%	96,9%	Medrave	20241231

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har uppdaterat och aktualiserat våra kunskaper om gällande kunskapsråd berörande diabetes. Vi har påmint om vikten av att nyckelpersoner som arbetar i team ges ansvar att övervaka och följa upp olika patientkategorier. Att korrekta och väl genomtänkta underlag och mallar går en lång väg för att ge patienter rätt vård. Många i personalgruppen har lärt sig att göra fotstatus. Vi har även haft föreläsare från APC på besök som har försett oss med uppdaterade råd om hur vi ska förhålla oss till våra diabetespatienter, krav för användning av Freestyle Libre, att det finns stödfunktioner på endokrin som vår personal kan använda sig av, etc.

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?

Alla patienter har getts en personcentrerad vård i enighet med gällande riktlinjer. Detta har vi uppnått genom att se till att våra mallar överensstämmer med de riktlinjer som specificeras av Socialstyrelsen, Nationella Diabetesförbundet och Viss.nu. Bland våra patienter så har vissa behövt mer stöd än andra. Ett fåtal har vi av olika skäl inte lyckats få hit. Vi använder oss under diabetessköterskebesöken av motiverande samtal, ser över kost och motion, alkohol och rökning, andra samsjukligheter. Dessa olika bakgrunder kan innebära en komplex sjukdomsbild som diabetessköterska behöver ta i beaktning vid årskontrollerna, där hon kopplar in läkare vid behov. Detta förhållningssätt har varit basen för hur vi involverar oss i patientens vård och hur vi arbetar med dessa patienter i team.

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 har under arbetets gång haft en positiv påverkan på de första två indikatorerna i vårt kvalitetsarbete: Dio1: Förekomst av diagnos diabetes och Dio4: Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner, men ej nått vårt mål. Vi kommer att fortsätta att arbeta med dessa för att få upp de till en nivå som vi anser överensstämmer med verkligheten för vår mottagning i jämförelse med länssnittet.

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 forbattringsarbeten.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.