

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Capio Lina Hage vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Lena Fahlsten	Lena.fahlsten@capio.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: Maria Wanhatalo
Profession: Distriktssköterska
E-post: Maria.wanhatalo@capio.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: Majed Moro, allmänspecialist

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

B: Under besöket kan vi fråga patienten om synpunkter och förbättringsförslag.

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?

Vi vill att våra diabetiker med HbA1C över 70 ska nå sitt målvärde på lång sikt. Detta för att minska livshotande sjukdom såsom tex hjärtinfarkt, stroke och njursvikt. Vi har i nuläget ett stort antal patienter som har hamnat över 70 mmol i HbA1c på grund av få kontroller på vårdcentralen och dålig compliance.

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 typ 2.

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:

Långvariga höga blodsockervärden kan leda till följsjukdomar vilket leder till ökat sjukdomslidande samt ökad belastning för sjukvården.
 Målet är att uppmärksamma patienterna på livsstilsförändring och bättre compliance som ska leda till mindre lidande. Via ökade besök ska vi hjälpa patienter med HbA1C över 70 att långsiktigt nå sitt målvärde.
 Förbättringen ska ske på Caphio vårdcentral Lina Hage.
 Processen startar med besök till dsk för samtal och blodprov. Kallas sedan till läkare för justering av läkemedel därefter nytt besök till dsk för samtal, planering och nytt blodprov.
 Fördelarna med förbättringen genom ökade besök är förhoppningsvis ett sjunkande HbA1C. Genom ökade besök som förhoppningsvis ger bättre compliance och samtala om livsstilsförändring ska vi försöka minska risken för följsjukdomar hos patienten samt att de ska få bättre förståelse för sin sjukdom.
 Vi ska även kalla de patienter som inte alls fått ett HbA1C noterat i journalen under 2023.

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:Har bara följts hos diabetessjuksköterska en gång per år.

1.1:Dessa patienter ska följas mer frekvent hos både läkare och dsk. 3 ggr per år.

1.2:

1.3:

2:Vi ligger efter med våra kallelser av diabetiker sen pandemin.

2.1:Komma ikapp väntelistan genom att öka besöken.

2.2:

2.3:

3:Dålig compliance

3.1:Med fler besök hoppas vi att patienterna får bättre compliance.

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. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med DM typ 2 med ett HbA1C över 70 ska minska	10% = 34 patienter	Febr-24	3% = 10 patienter.	Medrave	Jan 2025
Indikator 2	Andel patienter med DM typ 2 där HbA1c saknas 2023.	9% = 31 patienter	Febr-24	4% = 15 patienter.	Medrave	Jan 2025
Indikator 3						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2024</i>

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?

Distriktsköterskan börjar med att kalla aktuella patienter från Medrave och från väntelistan.

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)

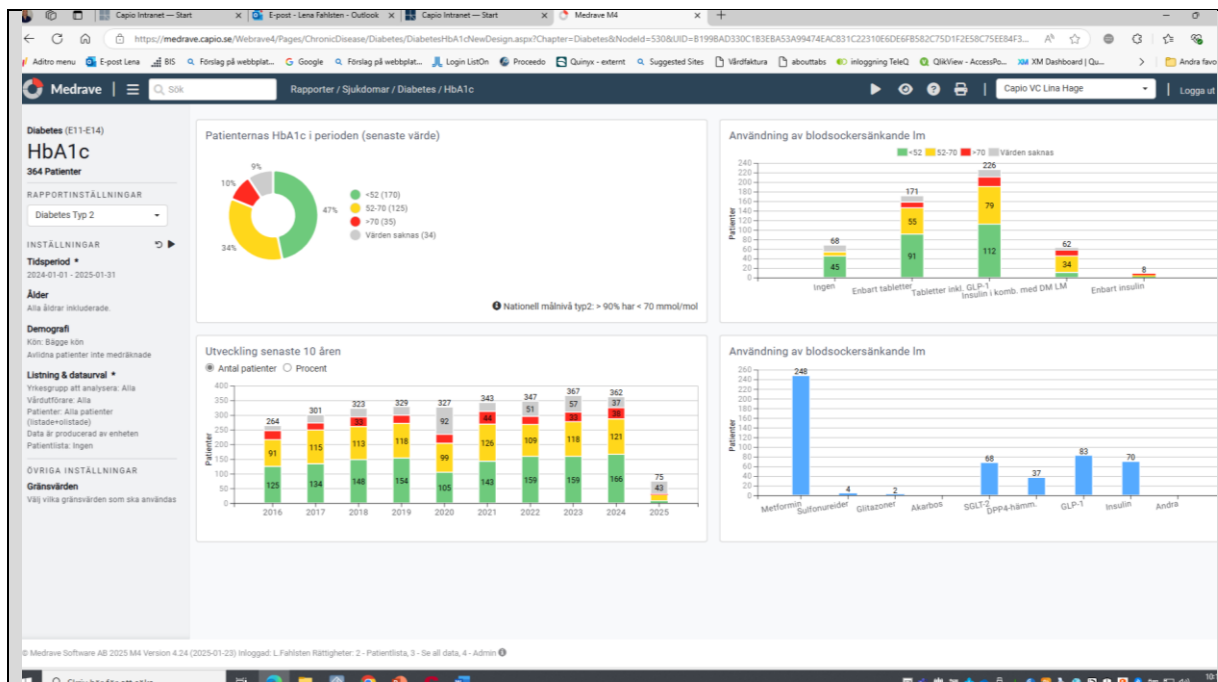
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

Patienterna kallas två ggr per år. En gång till läkare och en gång till diabetessjuksköterska. Patienterna erbjuds även utökade kontroller efter tre månader om HbA1c har visat värde över 70 mmol och vid läkemedelsändring.

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 typ 2 med ett HbA1C över 70 ska minska	10% = 34 patienter	Febr-24	3% = 10 patienter.	9%=35 patienter	Medrave	2025-01-21
Indikator 2	Andel patienter med DM typ 2 där HbA1c saknas 2023.	9% = 31 patienter	Febr-24	4% = 15 patienter.	9%=30 patienter	Medrave	2025-01-21
Indikator 3							
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Många av de patienter som låg över 70 mmol i HbA1c i februari 2024 har sjunkit med ökade kontroller. Dock så har det kommit nya patienter i den gruppen. Därav ingen större minskning på procentantal. Orsaken är ojäm tillgång till Ozempic.

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?

Vi har erbjudit utökade kontroller till patienter som har visat ett värde över 70 mmol till tre gånger per år men de flesta av våra patienter önskar inte utökade kontroller. De vill kontakta oss vid behov. Det är svårt att nå ett lägre patientantal då patienter byts ut under året. En sjunker en annan stiger på grund av dålig compliance och behandlingsrekommendation kring livsstilsförändring som inte följs.

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 kalla patienter minst 1 gång per år. Till doktor var 6:e månad och till diabetessköterska var 6:e månad. Vi fortsätter också bevaka kontrollistan i Medrave gällande borttappade diagnoser för årskontroller, främst i den grupp där inget HbA1c finns de senaste 18 månaderna.

Vi har även sett att bland de patienter som sjunkit i HbA1c under 70 mmol har fått en mer hård behandlingslinje med exempelvis insulin. Alla läkare och diabetessköterskan ska hålla samma behandlingslinje. Detta är något som diskuteras kontinuerligt på ronder så att vi har samma strategi i behandling för typ 2 diabetiker.

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.siso@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.