

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: **DIABETES**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Capio Vårdcentral Rågsved	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Hossain Nawaz	Hossain.nawaz@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.slo@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 del1 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: Manzi Atayee
Profession: ST-Läkare
E-post: Manzi.atayee@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 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: Christina Guerrero DSK Diabetes. Ethar , Lumoi samt övriga läkare på mottagning

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

B: Vi kommer att fortsätta att använda Touchpoint men vi kommer också involvera patient under besökstid med Diabetes ansvarig läkare och DSK, för att få deras synpunkter och erfarenheter.

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?

På Rågsved vårdcentral presterar vi sämre än genomsnittet i Stockholms Län. Anledning till detta har vi noterat att vi har många patient med hög HbA1C värde eller aktuell värdet saknas. Det som vi vill fortsätta jobba är att förbättra rutiner för att kalla diabetespatienter för regelbunden årliga kontroller och uppföljning utifrån patienters behov. Vi ska fortsätta jobba med patienter som har HbA1C över 70 och optimera behandlingen för att nå målvärdet eller åtminstone HbA1C < 70. Eftersom vi har patienter som inte har bra följsamhet eller pga samsjuklighet.

De patienter som inte har en aktuell värde på HbA1C ska kallas för provtagning och erbjuda tid till diabetesläkare och sjuksköterska. Vi planerar att kalla patient minst 2 gånger som har uteblivit och inte varit på årliga kontroll. Vi kommer använda oss av digitalverktyg för att skicka Påminnelse eller telefonsamtal för att kunna uppmuntra patient för att komma till sina kontroller.

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.

t.ex. "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:

Vårt syfte med det här förbättringsarbete är att minska andel av våra diabetespatienter som har en HbA1c över 70 samt att de uppnår deras målvärde utifrån deras samsjuklighet och ålder.

Vi ska också försöka minska andel av patienter med inaktuella HbA1C värde.

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: Förbättra rutiner för att kalla patienter

1.1 : Att diabetes SSK ska få stöd av USK för att kalla patienter och aktualisera lista för diabetespatienter.

2: Patienter som uteblir från årskontroll, försöka etablera kontakt med dem.

2.1: Genom att skicka en kallelse samt telefonsamtal. Ur medrave får vi data för patienter som inte har varit på kontroll på senaste 12 månader och med hjälp av detta kan vi boka dessa patienter och kanske genomgång av medicin och medicinjustering och förnyelse.

3: Alla parametrar fylls inte helt korrekt.

3.1: Information till all personal på APT och läkare och sjuksköterska möte vikten av rätt sökt ord.

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 processmåtten 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	Di01, förekomst av diagnos denna ska öka	372	2024-02-27	385	Medrave	Januri 2025
Indikator 2	Di02 , andel patienter som inte har aktuell värde ska minska	44	2024-02-27	25	Medrave	Januri 2025
Indikator 3	Di02 , andel av pt som har HbA1c över 70 ska minskas	54	2024-02-27	30	Medrave	Januri 2025
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.

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-forbattningstrappa/>

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?

Christina och Manzi vi tar fram kontroll lista med alla listade patienter med diagnos DM-2, vi kommer att välja ut alla patienter som har över 70 HbA1c i detta inkluderas inte HSV patienter då dessa patienter behandlas av HSV-läkare. Dessa patienter kommer att kallas till diabetes SSK för kallas till provtagning inför besöket. Utifrån provsvar bokas i turordning till läkare för optimering av behandling och ev.

uppföljning ska planeras redan vid besöket. Uppföljning kommer att bedömas utifrån patient HbA1C och samsjuklighet.

Diabetessköterska kommer även att boka rondärande för specifika patienter som inte når målvärdet trots läkemedelsoptimering. Dessa patienter skall eventuellt erbjudas extra besök till diabetessköterska för stöd och för att förstärka deras förmåga att hantera sjukdomen.

Jag är under tiden är på vårdcentralen kommer att träffa en andel av dessa patienter som ingår i detta förbättringsarbetet.

För de patienter som saknar HbA1c-värde har vi arbetat i team för att säkerställa att journalföringen är noggrant utförd. Vi kommer att gå igenom varje diabetespatient och verifierat deras diagnos. För de som inte har ett aktuellt HbA1c-värde kommer vi att ta initiativ till att beställa de nödvändiga diabetesproverna för att få en uppdaterad bild av deras hälsotillstånd.

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: forbattringsarbeten.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

1. Min kollega, sjuksköterska Christina, gick igenom listan över patienter med diabetes och markerade de som hade ett HbA1c över 70. För att göra detta har använts Medrave.
2. Vi skickade kallelser till dessa patienter för DM årskontroll eller uppföljning med deras ordinarie läkare alternativt diabetesansvarig läkaren, Dr. Manzi. Alla läkare på vårdcentralen har fått i tider i sina kalendertider som är specifika för diabetespatienter.
3. Patienten ombads att lämna diabetesprover innan läkarbesöket.
4. Baserat på HbA1c-värdet justerades diabetesmedicineringen vid behov.
5. Patienten bokades sedan för uppföljning och rådgivning hos diabetes-sjuksköterskan. Fokus låg på frågor kring vikt och hälsovanor som rökning, fysisk aktivitet och utvärdering av behandlingen.

Indikator 5

T.ex. dec 2024

Av de 54 patienterna har cirka 15 st nått ett HbA1c-värde under 70. De övriga har antingen haft ett värde nära eller över 70, vilket troligtvis beror på att de inte har genomgått regelbundna uppföljningar, inte tagit sina mediciner enligt ordinationen, eller haft övervikt eller fortsatt rökning. Ca 9 av patienterna tillhör HSV, vilket kan förklara svårigheterna med att genomföra uppföljning och behandling.

Enligt diagrammen kan resultatet förklaras av en ökning av både antalet patienter med HbA1c under 52. Detta tyder på att en del av patienterna har förbättrat sin blodsockerkontroll och närmat sig målvärdet. Samtidigt visar diagrammen på en ökning av antalet patienter med ett HbA1c över 70, vilket kan indikera att vissa patienter inte har lyckats uppnå det önskade målvärdet, det kan bero på antalet patienter med diagnos DM-2 har ökad jmf med 2023. Vidare har vi identifierat patienter med komplexa sjukdomsbilder, som svår psykisk ohälsa, alkoholproblem och kognitiv svikt, där ett högre HbA1c-målvärde också kan vara rimligt.

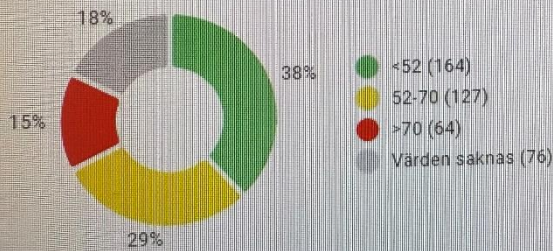
Sammanfattningsvis visar dessa resultat att vi har lyckats närma en del patienter mot de optimala målvärdena, men också att det finns en grupp patienter som fortfarande har förhöjda blodsockernivåer, vilket kräver fortsatt uppföljning och eventuell anpassning av behandlingsstrategier.

2023-2024



2024-2025

Patienternas HbA1c i perioden (senaste värde)



Nationell målnivå typ2: > 90% har < 70 mmol/mol

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att en strukturerad genomgång av HbA1c-värden och proaktivt stöd till patienter har en positiv effekt på både behandling och uppföljning.

Tex. genom att identifiera patienter med förhöjda värden i ett tidigt skede kan vi snabbt anpassa behandlingen och erbjuda relevant rådgivning, vilket bidrar till bättre långsiktiga resultat för patienterna.

Vi har lärt oss att regelbundna uppföljningar är avgörande för att förbättra diabetespatienternas efterlevnad av behandlingen (compliance). Genom att ha kontinuerliga hälsosamtal som motiverar och stödjer patienter i denna process samt uppföljning och justeringar av behandlingen ökas patienterna möjlighet att förstå vikten av att följa rekommendationerna. Detta leder till förbättrade värden och en mer stabil sjukdomshantering. Regelbundna kontroller ger också möjlighet att tidigt identifiera och åtgärda eventuella hinder, som övervikt eller rökning, vilket ytterligare bidrar till bättre långsiktiga resultat. Vi har också sett vikten av ett nära samarbete mellan läkare, sjuksköterskor och patienter för att optimera diabetesvården.

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 aktivt använt kunskap från patienterna genom hela förbättringsarbetet för att säkerställa att vården är både relevant och anpassad efter deras behov. Under uppföljningssamtal och patientmöten har vi samlat in feedback om hur behandlingen upplevs, vilka utmaningar de möter och vad som fungerar bra i deras vardag. Denna information har varit värdefull för att justera behandlingsplaner och arbetsrutiner, och har bidragit till att identifiera områden där vi kan göra förbättringar. Vi arbetar kontinuerligt med hjälp av Medrave och QPI rond som hjälper oss att få en bättre överblick av olika parameter.

För att öka patienternas delaktighet har vi lagt stor vikt vid att inkludera dem i beslutsprocessen kring deras behandling. Vi har strävat efter att skapa en öppen dialog, där vi lyssnar på deras önskemål och frågor, vilket gör att de känner sig mer engagerade och ansvariga för sin egen hälsa. Vi har också implementerat verktyg som gör det lättare för patienter att följa sina behandlingsmål, exempelvis genom att tydliggöra målvärden för HbA1c och andra relevanta parametrar och förklara varför är det viktigt med följsamhet. På så sätt har vi arbetat för att främja en ökad involvering i vården och stärka samarbetet mellan oss och våra patienter.

Vi har även börjat gruppundervisning om diabetes och diabetesvård i olika språk. Under hösten 2024 har vi lyckats genomföra två grupper på arabiska och spanska.

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.

Framåt ser vi ett fortsatt arbete med att bygga vidare på de positiva förändringar vi har implementerat. För att vidmakthålla dessa förbättringar planerar vi att integrera de nya arbetssätten i våra ordinarie rutiner och säkerställa att de blir en naturlig del av vår vardagliga praxis. Vi kommer att fortsätta följa upp och utvärdera resultaten, för att identifiera om ytterligare justeringar behövs och för att säkerställa att vi når våra långsiktiga mål. Vi kommer att försätta med gruppundervisning på andra språk utifrån områdets behov.

Om vi ser att vissa åtgärder inte har haft önskad effekt, kommer vi att omvärdera och justera vår strategi. Vi är öppna för att förändra eller anpassa vårt arbetssätt baserat på nya insikter och feedback från både patienter och personal. Målet är att hela tiden optimera vår vård och göra den så effektiv och patientcentrerad som möjligt och i med detta förbättra patienters diabetesvård.

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.