

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Djursholms HLM

Prediabetes 2024 del 1

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Djursholms HLM

Verksamhetschef

Andreas Dahlqvist

Verksamhetschefens e-post

Andreas.dahlqvist@regionstockholm.se

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 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.

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..

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Sara Karpsen

Profession: Distriktsläkare, medicinsk ledningsansvarig läkare

E-post: Sara.karpsen,@regionstockholm.se

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

Sandra Klang, diabetessköterska och distriktssköterska
Sonja Berggren, distriktssköterska

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

- B: Patienter involveras genom att i patienter via rådgivning digitalt via 177.se eller telefon eller då de är i kontakt med vårdcentralen av annan orsak på besök erbjuda frikostig screening med faste glukos. Detta erbjuds patienter med riskfaktorer för diabetes, övervikt, framförallt bukfetma (män >94 cm, kvinnor >80 cm, fysisk inaktivitet, förstegradssläkting med diabetes mellitus typ 2 (förälder, syskon), hög alkoholkonsumtion eller andra kliniska tillstånd associerade med insulinresistens (till exempel polycystiskt ovariesyndrom och gikt. Även till patienter med behandling som ger risk för blodsocker stegring så som kortison, neuroleptika, antidepressiva läkemedel. Förutom erbjudande om provtagning uppmanas dessa patienter att via 1177.se göra "diabetesriskollen".

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 Europa beräknas cirka 10 procent av befolkningen ha glukosintolerans (IGT) med en betydligt ökande förekomst hos äldre. Cirka 15 procent till 30 procent av personer med prediabetes kommer att utveckla typ 2-diabetes inom fem år. Screening för prediabetes (och diabetes) ska göras hos personer mellan 40-65 års ålder med riskfaktorer enligt vårdprogram viss.nu. Vid normoglykemi ska provtagningen upprepas efter 2 år om riskfaktorerna kvarstår.

Djursholms HLM har en åldrad patientpopulation och ca 400 patienter med diagnos diabetes. Vi har ca 7000 listade patienter så vi bör om 10 % av befolkningen har prediabetes ha flera hundra prediabetiker. Vi har identifierat via Med Rave att vi endast har 40 patienter med diagnos prediabetes vilket i förhållande till antalet diabetiker samt populationen är låg. Genom att systematisera screening enligt ovan och genom internutbildning och tydliga vårdflöden vill vi förbättra omhändertagande av prediabetiker med fokus på bättre levnadsvanor för att undvika insjuknande i diabetes. Genom detta förväntar vi oss en stor hälsovinst för våra patienter där vi kan förhindra eller fördröja insjuknande i diabetes och dess komplikationer med ökad hjärt-kärlsjukdom. Prediabetiker som detekteras erbjuds intervention i form av strukturerade hälsosamtal av distriktssköterskor samt erbjudas återbesök med provtagning med två års intervall så att vi hittar om en patient övergår i diabetes.

<p>Val av tema för förbättringsarbetet:</p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>	
<p>Detektion av prediabetes och behandling genom hälsofrämjande samtal och strukturerad uppföljning</p>	
<p>Mål (Vad vill ni uppnå?)</p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p> <p>Formulera här era mål:</p>	
<p>Målet är att identifiera patienter med prediabetes men även identifiera med glukosbelastning de som har en diabetes. Detta gör vi genom att strukturera ett vådrutin där patienter med faste-glukos 6,1-6,9 mmol/L alternativt p-glukos icke fastande värde >7,4 mmol/L genomgår en oral glukosbelastning. Vid prediabetes erhåller patienten ett hälsosamtal av distriktssköterskor kring levnadsvanor och följs sedan upp enligt rutin med återbesök till sköterska årligen och provtagning vartannat år.</p>	
<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>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/</p>
<p>1: Vår diabetesköterska gick i pension och vi har en period saknat en ersättare</p>	<p>1. Sedan årsskiftet 23/24 har vi rekryterat nya distriktssköterskor som vill arbeta med diabetes</p>
<p>2: Vi har inte haft en rutin att opportunistiskt screena för prediabetes vid riskfaktorer</p>	<p>2.1: Vi behöver utbilda personalen på vårdcentralen om riktlinjer från Viss. nu kring prediabetes, utredning och uppföljning. Det kommer göra att vi frikostigt screenar med provtagning av faste-glukos patienter med riskfaktorer när de är i kontakt med vårdcentralen. 2:2 Vi behöver uppmuntra patienter att själva via 1177 gå in och skatta via diabetesriskollen</p>
<p>3: Vi har noterat att vi har en låg förskrivning av fysisk aktivitet på recept till våra patienter</p>	<p>3.1: Under slutet av 2023 fick alla med legitimationsyrken på enheten utbildning i att förskriva FYSS recept. Alla i arbetsgruppen fick även genomgå lärtorget digitala utbildning.</p>

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/verktugslada-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 start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Antal med diagnos prediabetes (R730B)</i>	40	2023-12-31	80 st	Med Rave 4	dec 2024,
Indikator 2	<i>Antal glukosbelastningar</i>	0	2023-12-31	80 st	Med Rave 4	Dec 2024
Indikator 3	<i>Rådgivande samtal om fysisk aktivitet</i>	65 st(0,19%)	2023-12-31	100	WIM 2023	WIM 2024
Indikator 4	<i>Rådgivande samtal om alkoholvanor</i>	0	2023-12-31	100	WIM 2023	WIM 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/verktugslada-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 blev som ni tänk? 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?

1. Vi upprättar en arbetsgrupp som tar fram ett flödesschema för detektion samt vårdprogram för uppföljning enligt riktlinjer på viss.nu
2. Vårdcentralens medarbetar involveras genom att vi presenterar vårt flöde på ett APT
3. Vi följer upp var tredje månad resultaten i Med Rave och påminner då även arbetsgruppen om vår rutin.
4. Vi utvärderar efter ca 6 månader om arbetssättet fungerar och justerar efter det

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

Vi upptäckte ganska snabbt att få patienter önskade faste glukoscreening då de är i kontakt med vårdcentralen av annan orsak Förutom erbjudande om provtagning uppmanades dessa patienter att via 1177.se göra "diabetesriskkollen". Vilket flera gjorde och sedan kontaktade oss för provtagning.

Initialt var det svårt att få i gång arbetet då vår diabetessköterska var ny på enheten och även under våren fick andra arbetsuppgifter precis när vi skulle starta upp projektet. Vi fann även att rutinerna för oralglykosbelastning var krångligt för patienterna och gjorde att få ville utföra detta. Vi har sedan försökt att samverka med vårt lokala KS laboratorium så att de kan göra OGTT på plats och patienten inte behövde söka annan enhet. Vi såg då att efter sommaren utfördes många fler OGTT. Vi följde upp våra resultat var tredje månad och påminnande även läkargrupper på flera läkarmöten. Vi ser att diagnossättningen ökade också successivt över året.

Vi identifierade under hösten att sköterskorna inte satte KVÅ kodning vid rådgivande samtal med patienter. Den sköterska som gjort detta tidigare slutade på mottagningen och nya sköterskor har inte introducerats i detta. I samtal på vårdenheten så framkommer att man utför rådgivande samtal men journalför det ej som en KVÅ kod.

För att involvera även undersköterskor i projektet har vi haft en utbildnings för dem kring diabetes och sårvård och hur höft blodsocker kan påverka sårsläkning. På vår mottagning är det undersköterskor som lägger om de flesta sår men även gör blodtryckskontroller. Här kan man vid dessa besök lyfta frågan kring blodsocker och erbjuda patienter att ta faste glukos.

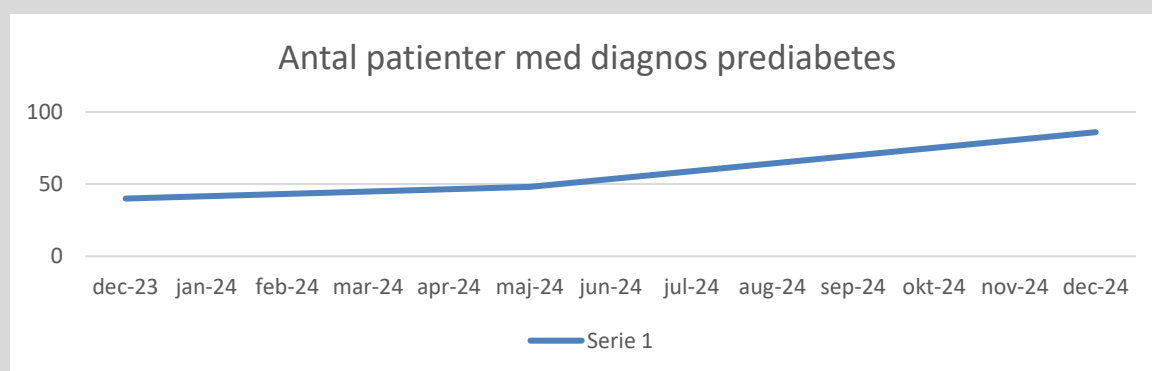
Vi identifierade vid avstämning efter tre månader dessa hinder för projektet som vi sedan som ovan försökt att arbeta med.

- Stor personalomsättning försvårar implementering

- Tidbok för diabetessköterska finns inte då oklart när diabetessköterska ska arbeta kliniskt
- Under våren låg sköterskebemanning vilket gör det svårt att få till hälsosamtal
- Glukosbelastning via laboratoriet är krångligt
- Hur får vi med undersköterskor i arbetet
- Hur ökar vi diagnossättning av läkare

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	Antal med diagnos prediabetes (R730B)	40	2023-12-31	80st	86	Med Rave 4	2024-12-31
Indikator 2	Antal glukosbelastningar R730	0	2023-12-31	80st	37	Med Rave 4	2024-12-31
Indikator 3	Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	65 st	2023-12-31	100st	0	Med Rave 4	2024-12-31
Indikator 4	Rådgivande samtal om alkoholvanor	0	2023-12-31	100st	0	Med Rave 4	2024-12-31

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

För att få patienter att screena sig för möjlig sjukdom behöver det vara lätt för patienterna att ta dessa prover.
 Hälsosamtal av distriktssköterskor kring levnadsvanor behöver struktureras med en kalender där bokningsbara tider finns tillgängligt.
 Kodning av genomförda rådgivande samtal behöver återkommande följas upp på enheten annars faller det i glömska. En lathund med KVÅ koderna behöver tas fram.

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?

Patienter involveras genom att patienter informerades om vårt projekt och möjlighet till screening via rådgivning digitalt via 177.se eller telefon. Detta då de behövde komma separat för provtagning på enheten. Här fann vi att det var svårt att få patienter att verkligen komma för screening urifrån dessa kanaler. I samband med årskontroller hos läkare eller andra kontroller hos sköterska på mottagningen där man ändå skulle ta prover var det lättare att få patienter att verkligen ta provet med faste glukos. Vi tror att om vi hade satt upp mer information fysiskt på vårdcentralen hade vi även kunnat få fler patienter intresserade att fråga om prov vid besök för andra orsaker på vårdcentralen.

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.

Patienter med riskfaktorer för diabetes är många fler än de vi detekterat och arbetsgruppen behöver även framöver tänka på att erbjuda screening av till dessa patienter frikostigt även framöver. För att underlätta tas en lathund fram som man kan ha på rummet med vilka riskfaktorer som föranleder screening.

Genom att ta fram lappar med telefon nummer till patienten som de kan ringa för att boka glukosbelastning så kommer det inte bli kö till labbet och även lättare för patienterna. Då tror vi fler kommer att vilja utföra glukosbelastning

Att införa hälsosamtal via distriktsköterskor tror vi även framöver är en bra åtgärd för att identifiera riskindivider