

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Essinge vårdcentral	
Verksamhetschef Martina Engman	Verksamhetschefens e-post martina.engman@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: Martina Engman
Profession: Verksamhetschef, Leg. distriktssköterska
E-post: martina.engman@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: Inger Nilsson, distriktssköterska Lovisa Kasström, specialistläkare allmänmedicin

Edvin Ström, ST-läkare
Martina Engman, distriktssköterska, verksamhetschef

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

B: Enkäter som skickas via Alltid öppet inför och efter besök hos vårdpersonal för sin diabetes. Fysiska blanketter att dela ut för ifyllning i samband med/efter besök med inlämning till reception.

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?

Hela 39% av våra patienter med diabetes har ingen uppgift om albuminuri jämfört med 27% i snitt på Kungsholmen. Vad gäller glykemisk kontroll uppnår 28% inte behandlingsmålet på HbA1c <52 mmol/mol, dock ligger få >70 mmol/mol. Detta är i nivå med snittet på Kungsholmen, men kan förbättras då trenden går mot färre som uppnår behandlingsmålet.

Enligt uppgifter i MedRave har under 2023 fotstatus journalförts endast 32% av fallen och i endast BMI i 40% av fallen. God diabetesvård innebär att även tänka på fotstatus samt mäta vikt och längd för BMI.

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.

Fler patienter som lämnar blod- och urinprov för att sätta in rätt åtgärder i tid. Vid fysiska besök inhämta längd och mäta vikt för BMI, och gärna även midjemått, samt kontrollera fotstatus och behov av fotvård med remiss för det senare vid behov.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

- HbA1c mätning med åtgärd och uppföljning om ej uppfyller behandlingsmål (nationella < 52 mmol/mol). Utökad samarbete mellan diabetessköterska och läkargruppen.
- Urinprov på alla med diabetes typ 2 någon gång under kommande året.
- Alla som kommer på fysiskt ska:
- 1) vägas och mätas för BMI och midjemått
- 2) fotstatus noteras och dokumenteras.

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/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Svårt att få till morgonurinprov, både patienter och vårdpersonal glömmer informera och lägga till.

1.1: U-alb/krea standard i provpaket.
1.2: Urinprovsvårer på mottagningsrum att dela ut alternativt hänvisa till reception/labbar.
1.3: Frikostigt med urinprov i samband med besök av annan orsak och diabetes

2: Det är möjligt att fotstatus bedöms, men svårt att verifiera då ej dokumenteras.

2.1: Fotstatus vid fysiskt besök för diabetes oavsett om till diabetessköterska eller läkare
2.2: Involvera fotvård vid behov som mer regelbundet kan bedöma och åtgärda besvär
2.3:

3: Dokumentation över BMI och midjemått tas inte i tillräcklig utsträckning, möjligen pga. stress och tidsbrist.

3.1: Påminnelse till patienten att väga sig fastande inför besök (gärna samma dag som blodprover). Vikt och längd noteras därefter under mätvärden av labbar eller reception
3.2: Börja varje besök med vikt och längd innan tar in patienten på rummet för att kunna diskutera och dokumentera.
3.3: Eventuellt ytterligare våg + mätsticka på lämplig plats i vårdcentralen.

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/verktyslada-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 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 ”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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diabetes typ 2 (DM2) <52 mmol/mol	62%	231231	80 %	M4	Dec 2024
Indikator 2	Andel patienter med DM2 som saknar uppgift om albuminuri	38,6%	231231	10 %	PVK	Dec 2024
Indikator 3	Andel patienter med DM2 som inte har albuminuri	46,4%	231231	80 %	PVK	Dec 2024
Indikator 4	Andel patienter med DM2 som har BMI registrerat.	40,0%	230101 - 231231	80 %	M4	Dec 2024
Indikator 5	Andel patienter med DM2 som har fotstatus registrerat	32%	230101 - 231231	65 %	M4	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-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?

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

- Information på kommande läkarmöte om vikten av BMI samt fotstatus vid läkarbesök för diabetes
- I samband med gemensamma möten

Göra

- Edvin och Lovisa informerar på läkarmöte om albuminuri och fotstatus
- Gemensam rond med diabetessköterska och läkargruppen

Studera

- Mätning indikatorer regelbundet (t.ex. mars, juni, sept, dec)

Agera

- Mer fokus på indikatorer som ej går i rätt riktning.

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?

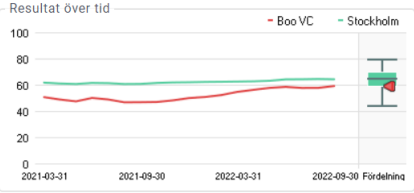
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Urin-albumin/krea tillagt i provpaket inför besök både till läkare och diabetessjuksköterska. Information vid gemensamma på vårdcentralen möten om vikten ordna morgonurinprov i första hand. Provtagningsburkar utlämnade i samband med besök eller möjlighet att hämta på labb inför planerad provtagning.

Påminnelse på läkarmötet om vikten av att registrera fotstatus vid behov men även vikt och längd för att automatisk få ut BMI via besöksanteckning.

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet										
Detaljer Benchmark ☆ Di03L1: Blodtryck vid diabetes BT <=140/85 mm/Hg Specifikation Hämta resultat till Excel Resultat över tid  Fördjupningstabell <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2021-03-31</th> <th>2021-09-30</th> <th>2022-03-31</th> <th>2022-09-30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resultat</td> <td>51 %</td> <td>47 %</td> <td>55 %</td> <td>59 %</td> </tr> </tbody> </table>			2021-03-31	2021-09-30	2022-03-31	2022-09-30	Resultat	51 %	47 %	55 %	59 %							
	2021-03-31	2021-09-30	2022-03-31	2022-09-30														
Resultat	51 %	47 %	55 %	59 %														
Indikator 1	Andel patienter med diabetes typ 2 (DM2) <52 mmol/mol	62%	231231	80 %	M4	63%		Dec 2024										
Indikator 2	Andel patienter med DM2 som saknar uppgift om albuminuri	38,6%	231231	10 %	PVK	21,7%		Dec 2024										
Indikator 3	Andel patienter med DM2 som inte har albuminuri	46,4%	231231	80 %	PVK	64,1%		Dec 2024										
Indikator 4	Andel patienter med DM2 som har BMI registrerat.	40,0%	230101 - 231231	80 %	M4	64%		2024										
Indikator 5	Andel patienter med DM2 som har fotstatus registrerat	32%	230101 - 231231	65 %	M4	61%		2024										
Övriga kommentarer:																		
Slutreflektion																		
Vad har ni lärt er?																		
<p>Vikten av att etablera rutiner så att alla arbetar på samma sätt. Vid användning av provpaket inför planerade besök mindre sannolikt missa lägga till urin-albumin/krea-kvot. Vi har då kunnat ta om prov eller justera behandling för att minska albuminurin. Enstaka tillfällen då patienter lämnat omärkta provburkar. Då tillägg att patienten tar nummerlapp och lämnar direkt till labbpersonal alternativt märker upp röret tydligt innan lämnas.</p> <p>Andel med HbA1c under 52 mmol/mol har varit på ungefär samma nivå. Delvis kan det förklaras av brist på nya läkemedel som GLP-1 analoger vilket har gjort det svårt att nyinsätta patienter i behov av mer behandling. Även prioritering för de med kardiovaskulär händelse.</p> <p>Vikten av att undersöka och registrera vikt, längd och fotstatus minst 1 gång per år för de med diabetes typ 2. Underlätta genom att patienten själv går och väger och mäter sig på den väg som finns på vårdcentralen.</p>																		
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?																		

Samarbete i form av att patienterna själva tar ansvar för att väga sig inför besöket, men även att själva ordna med morgonurinprov i hemmet som är det mest tillförlitliga testet för albuminuri.

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.

Andelen med prov för albuminuri har ökat, en nära på halvering av de som tidigare saknade uppgift om detta. Detta är en bra början då man behöver veta om värdet för att kunna agera. Även en uppgång av patienter som inte har albuminuri, dock kan detta bero på att vi tagit fler prov. Värdet kan även variera över tid. Nästa steg är att följa upp och behandla så färre patienter utvecklar diabetesnefropati över tid.

Fotstatus registrerat gick upp väsentligt med gemensamma insatser. De som inte har fotstatus noterat kan tänkas följas via fotvården och pga. tidsbrist kanske inte fotstatus noteras alltid på vårdcentralen om uppföljning på fotvården. Vi fortsätter att ha det i åtanke och fråga patienterna om besvär samt fotsår samt undersöka minst 1 gång per år hos läkare eller diabetessköterska.

Andel med HbA_{1c} under nationella behandlingsmålet < 52 mmol/mol höll sig på samma nivå. Detta kan åtminstone delvis förklaras av brist på vissa läkemedel som GLP-1-analoger. När tillgången blir bättre för detta man även denna indikator förbättras. Tills dess sätts fler in på tablettbehandling som metformin och SGLT-2 i tillägg vid behov. Vid höga nivåer överväga insulinbehandling för minskad risk för komplikationer över tid.

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.