

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Familjeläkarna, Husby	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Nusrat Gilani	Nusrat.gilani@famlak.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> 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 <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1–Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Abbas Abu Zooda
Profession: ST-läkare
E-post: <a href="mailto:abbas.zooda@famlak.se">abbas.zooda@famlak.se</a>
<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"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• 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.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p> <p>A: Zahidul Khan (Allmänspecialist), Abbas Abu Zooda (ST-läkare), Zohaib Mussadiq (DSK)</p> <p>B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p>

B: Vid besök hos vårdpersonal ges patienterna möjlighet att uttrycka sina åsikter och framföra förslag, samt att dela sin syn på behandlingen.

### **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.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?**

Enligt Folkhälsorapporten från 2023 finns det en påvisad koppling mellan socioekonomi och förekomst av diabetes. En systematisk genomgång indikerar att risken för diabetes är 30–40 procent högre bland individer med sämre socioekonomiska förutsättningar. I Stockholms län är kopplingen möjligen ännu tydligare, där antalet personer med diagnostiserad diabetes nästan fördubblas bland dem med kortare utbildning jämfört med dem med längre utbildning, i alla åldersgrupper. Dessutom är en sämre socioekonomisk status associerad med en tidigare diagnosålder och sämre blodsockerkontroll, vilket i sin tur ökar risken för komplikationer.

Syftet med projektet är att förbättra vården för patienter med diabetes som är av stor vikt för att öka livskvaliteten och minska risken för eventuella komplikationer som kan uppstå till följd av sjukdomen. Det är avgörande att läkare och sjuksköterskor samarbetar nära och att patienterna är delaktiga samt medvetna om sin behandling.

Vi ser potential i att förbättra diabetes-screeningen hos våra patienter genom läkarbesök samt besök hos sjuksköterskor på livsstils- och hypertoni-mottagningar. Genom att erbjuda regelbundna årliga kontroller för patienter med diabetes, strävar vi efter att minska både förekomsten av komplikationer och antalet sjukhusinläggningar. Vi strävar också efter att identifiera personer med pre-diabetes och strukturera omvårdnaden för dem, med speciellt fokus på livsstilsfrågor. Vårt diabetesteam består av både läkare och diabetessjuksköterskor.

Teamet övervakar vårt framsteg genom MedRave för att nå projektets uppsatta mål.

### **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 mellitus 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:**

Det primära målet för projektet är att screena och identifiera personer med diabetes, ge dem tidig behandling och förebygga sjukdomens progression för att minska behovet av akut sjukvård.

- Att öka antalet patienter med diabetes som behandlas med statiner.
- Att öka antalet förekomst av diabetesdiagnos
- Att öka antalet Blodtryck vid diabetes BT  $\leq 140/85$
- Att öka andel BMI som journalförs patienter med diabetesdiagnos
- Att öka andel av HbA1c vid diabetes, HbA1c  $< 52$

Tidsintervallen avser under perioden 2024

**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: Generell personalbrist

1.1: Anställa flera personaler för att uppnå målet

2: Mindre förskrivning av FaR-recept hos vårdpersonal

2.1: Utbilda personalen om användningen av FaR-recept.

3: En betydande utmaning för oss är den varierande nivån av patienters utbildning och olika kulturella faktorer.

3.1: Att förbättra kunskapsnivån och utbildningen för patienter om diabetes, dess riskfaktorer och komplikationer.

**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 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andelpatienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. MedRave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner	54,9%	2024-01-01	66%	MedRave	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Förekomst av diagnos diabetes	8,6%	2024-01-01	9%	MedRave	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Blodtryck vid diabetes BT <=140/85	75%	2024-01-01	80%	MedRave	2024-12-31
<b>Indikator 4</b>	Andel BMI patienter med diabetesdiagnos	79%	2024-01-01	85%	MedRave	2024-12-31
<b>Indikator 5</b>	HbA1c vid diabetes, HbA1c <52	50%	2024-01-01	60%	MedRave	2024-12-31

**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 fikaummet, 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?

Med hjälp av MedRave identifierar vi diabetespatienter som inte når de önskade målen för HbA1c och blodtryck. Vi ser även till att identifiera personer med prediabetes och bokar in dem för besök hos diabetessköterskan för planering och åtgärder. Vi jobbar i ett team med specialläkare och distriktssköterskor. En gång varje månad håller vi diabetesgenomgångar där vi diskuterar diabetesfall och behandling tillsammans med den ansvariga läkaren. Målet är att stötta varandra för att optimera vården för våra diabetespatienter.

Vi ska kontinuerligt följa upp utvalda patientfall och diskutera diabetespatienter angående lipidnivåer, behandlingsmål och läkemedel för att sänka blodfetter. Vi kommer också regelbundet påminna läkargruppen om vikten av att övervaka blodfetter hos diabetiker genom att diskutera andelen diabetiker som får statiner vid varje läkarmöte.

Diabetiker som inte når sina målblodtryck erbjuds stöd genom hypertonimottagningen. Överviktiga patienter hänvisas till livsstilmottagningen för att erhålla FaR (Fysisk aktivitet på recept). Vi strävar efter att kalla in våra diabetespatienter minst två gånger per år, och vid behov kallar vi dem in fler gånger för uppföljning. Under de årliga kontrollerna övervakar vi även blodfetterna och diskuterar resultaten med varje patient individuellt. Dessutom skapar vi en skraddarsydd vårdplan för varje individuell patient.

**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](mailto: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

Under året genomfördes ett planerat internt utbildningstillfälle som en del av verksamhetens fortbildningsinsatser. Vid detta tillfälle höll ST-läkaren Abbas Abu Zooda en föreläsning med fokus på typ 2-diabetes och dess samsjuklighet, där han belyste viktiga aspekter av sjukdomens komplexitet och dess inverkan på patienters hälsa. Efter föreläsningen följde en interaktiv diskussion i läkar- och sjuksköterskegruppen, där deltagarna reflekterade över nuvarande rutiner och delade erfarenheter kring handläggning av patienter med typ 2-diabetes vid årskontroller. Diskussionen syftade till att identifiera möjligheter till förbättring och skapa en gemensam förståelse för hur patientomhändertagandet kan optimeras.

En gemensam rutin upprättades för uppföljning av patienter med diabetes, med särskild hänsyn till om det rör sig om nyupptäckt eller känd diabetes. Det klargjordes att både distriktssköterskor och läkare har möjlighet att skicka remisser för fotvård och ögonbottenfotografering. Den nya ansvarsfördelningen innebär att läkaren fokuserar på medicinska bedömningar och justeringar av behandling, medan distriktssköterskan ansvarar för praktiska kontroller och stöd i livsstilsförändringar.

Som en del av detta arbete erbjuder distriktssköterskan även Fysisk aktivitet på Recept (FaR) inom livsstilmottagningen. FaR är anpassat efter patientens behov och syftar till att förbättra blodsockerkontrollen och minska risken för komplikationer. Genom uppföljning och individuellt stöd hjälper distriktssköterskan patienter med typ 2-diabetes att stärka sin hälsa och livskvalitet.

Vi har uppdaterat vår diabetesmall i journalsystemet TakeCare för att förbättra dokumentationen och uppföljningen av våra diabetespatienter. Vid diabetesbesöken genomfördes blodtrycksmätningar, och de uppmätta värdena registrerades under rätt sökord i journalmallen. Detta säkerställer att värdena rapporteras vidare till MedRave och görs tillgängliga för Nationella Diabetesregistret (NDR). Om blodtrycket har varit avvikande, har ansvarig läkare omedelbart vidtagit åtgärder. Detta har innefattat justering av blodtrycksbehandlingen för att förbättra kontrollen av patientens blodtryck.

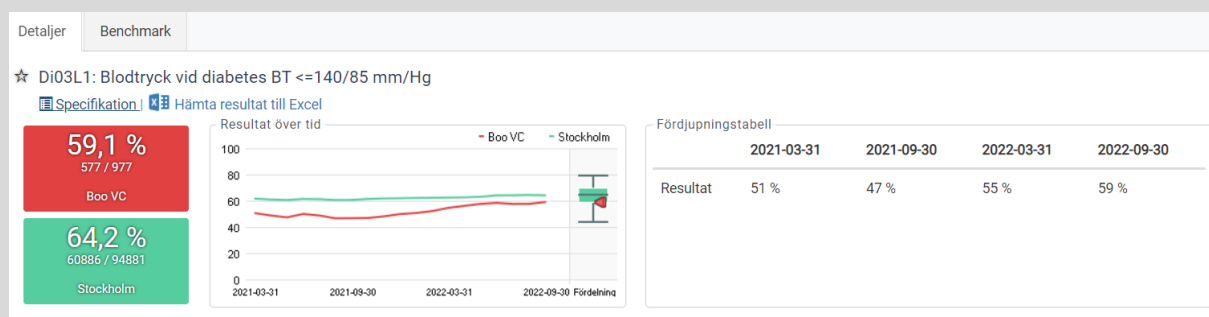
Patienten har även remitterats till vår hypertoniavdelning för fortsatt uppföljning och stöd, med målet att nå målblodtrycket enligt gällande behandlingsriktlinjer.

Vi har uppdaterat vår rutin för att följa de senaste rekommendationerna om individuell målsättning av LDL-kolesterol, vilket innebär att behandlingen anpassas efter varje patients specifika riskfaktorer. Detta har tagits upp på både läkarmöten och diabetesronden för att säkerställa att alla i teamet är införstådda med och följer de nya riktlinjerna.

Vid årskontroller har vi ofta erbjudit patienter som behöver behandling med statiner för att bättre kontrollera deras kolesterolnivåer. Om det finns behov av ytterligare stöd för att nå sina hälsomål, har remisser skickats till exempelvis dietist för kostrådgivning eller fysioterapeut för hjälp med träning och fysisk aktivitet.

## 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
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner	54,9%	2024-01-01	66%	58,5 %	MedRave	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Förekomst av diagnos diabetes	8,6%	2024-01-01	9%	8%	MedRave	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Blodtryck vid diabetes BT <=140/85	75%	2024-01-01	80%	72,4%	MedRave	2024-12-31
<b>Indikator 4</b>	Andel BMI patienter med diabetesdiagnos	79%	2024-01-01	85%	69 %	MedRave	2024-12-31
<b>Indikator 5</b>	HbA1c vid diabetes, HbA1c <52	50%	2024-01-01	60%	50,7%	MedRave	2024-12-31

Övriga kommentarer:

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Diabetessköterskan har en nyckelroll i diabetesteamet, vilket underlättar arbetet både för läkarteamet och för patienterna. Eftersom många personer med diabetes också lider av andra sjukdomar är det viktigt att regelbundet kalla patienterna till både läkare och diabetessköterska. För att kunna motivera patienterna och ge bästa möjliga stöd är det avgörande att träffa dem regelbundet.

Att ha tillräckligt med tid för arbetet är en viktig förutsättning, men de som deltagit i förbättringsarbetet har endast haft ett fåtal mötestillfällen. Det har varit svårt att schemalägga regelbundna avstämningar, både på grund av verksamhetens andra krav och utmaningarna med att samordna tider då majoriteten av gruppen kunnat delta. Med mer tid avsatt hade det varit möjligt att genomföra tätare uppföljningar och analysera informationen mer noggrant.

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?

Motiverande samtal och diskussioner med diabetessjuksköterska om levnadsvanor har varit avgörande för att öka patienternas insikt och kunskap om sin sjukdom. Regelbundna kallelser till diabetesmottagningen har också bidragit till att stärka patienternas delaktighet i sin vård. Tillsammans skapar dessa insatser en bättre överblick och en mer individanpassad vård som gynnar både patienter och vårdgivare.

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.

Behandling kan inte genomföras om patienten inte är engagerad. Det är en kontinuerlig process där kommunikationen är avgörande. När patienten ser positiva resultat och förbättrade värden ökar deras vilja att ta ansvar för sin hälsa och därför är vår plan att fortsätta förbättra livskvaliteten för diabetespatienterna och förebygga diabeteskomplikationer genom att kalla till årliga kontroller hos läkare och diabetessköterska. Vi kommer att lyfta fram vikten av medicinjustering och uppföljning av patienter eftersom detta är avgörande för att nå målet. Undertecknad kommer att genomföra mitt VESTA-projekt som fokuserar på omhändertagande av patienter med typ 2-diabetes vid Familjeläkarna Husby vårdcentral.

**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.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.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.