

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Diabetes mellitus typ 2

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Gärdets vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Leifsdotter	Verksamhetschefens e-post Marie.leifsdotter@regionstockholm.se
Instruktioner till mottagningen	
<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.salso@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>	
Radera EJ text i grå fält.	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Nathalie Dzabic
Profession: Specialistläkare allmänmedicin
E-post: nathalie.hollink-dzabic@regionstockholm.se
Att involvera flera
<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).
A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner
A: Helén Frid, distriktssköterska, diabetessköterska Tanja Poliukhovych, undersköterska
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
B: Som del i förbättringsarbetet planerar vi att ta fram ett frågeformulär som diabetespatienten får fylla i inför vårdbesöket. Patienten kommer bland annat att tillfrågas om rökning, längd, vikt, fysisk

aktivitet. Avslutningsvis i formuläret får de frågan om de har några frågor om sin diabetes inför besöket samt om de har synpunkter eller önskemål gällande diabetesvården på Gärdets VC.

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 Gärdets vårdcentral anställdes det under hösten 2023 ny diabetesköterska. Under höstens gång uppmärksammades behovet av att uppdatera lokala rutinen för hur den årliga uppföljningen av diabetespatienter tidigare genomförts och följts upp. De patienter som följs på vårdcentral är i första hand patienter med diabetes mellitus typ 2 varför det är dessa som avses där det står diabetespatienter.

Årsrapport 2022 för Gärdets VC visar att flera parametrar är lägre jämfört med länssnitt och målnivå. Andel diabetespatienter med statinbehandling för Gärdets VC var 58% vilket är lägre än länssnittet 64%. Andel diabetespatienter med genomfört fotstatus var 63% jämfört länssnitt 72% och målnivå 75%. Även andel diabetespatienter med uppgift om rökning (Gärdets VC 71%, län 72%, mål 75%) respektive längd och vikt var lägre (Gärdets VC 77%, län 75%, mål 80%). Statistiken i PrimärvårdsKvalitet för 2023 bekräftade bilden från årsrapport 2022. Vid genomgång noteras att data i årsrapport, PrimärvårdsKvalitet, NDR och Medrave varierar mycket inbördes. För att kunna följa upp data återkommande på ett enkelt sätt väljer vi att utgå från data från Medrave.

Vid diabetes mellitus är det viktigt att tidigt upptäcka och behandla hyperlipidemi samt stötta patienten till hälsosammare levnadsvanor avseende kost, rökning och fysisk aktivitet. Vi vill förbättra vården av diabetespatienter på Gärdets VC för förbättrad hälsa och på sikt minskat vårdbehov.

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 med inriktning förbättrade rutiner. Se mer nedan under mål.

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:

Målet med förbättringsarbete diabetes 2024 på Gärdets VC är att:

- alla diabetespatienter ska finnas på väntelista
 - att alla diabetespatienter kallas till diabetessköterska en gång årligen och läkare en gång årligen
 - att andel diabetespatienter med statinbehandling, genomfört fotstatus, dokumenterad uppgift om rökning respektive dokumenterad längd och vikt ska öka till målnivå eller över länsnittet.
- För att åstadkomma detta behövs regelbunden uppföljning årligen hos diabetessköterska och läkare. Det behövs rutin för hur patienten kallas samt för de olika besöken en tydlig fördelning och checklista för vad som ska göras.

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: Otydlig rutin för kallelse av diabetespatienter

1.1: Bygga upp väntelista
1.2: Förbättra rutin för kallelse från väntelista
1.3:

2: Otydlig uppgiftsfördelning mellan diabetessköterska och läkare

2.1: Uppdatera lokal rutin
2.2: Skapa och uppdatera checklista för de olika besöken
2.3: Skapa frågeformulär som kan lämnas till patient inför besök där info efterfrågas om rökning, längd, vikt, fysisk aktivitet.

3: Bristande följsamhet till PM för behandling hyperlipidemi hos diabetespatienter

3.1: Internutbildning om lipidbehandling vid diabetes i läkargruppen tillsammans med diabetesteamet.
3.2: Dokumentera målnivå LDL-kolesterol i journal.
3.3:

4: Bidragande faktor kan vara bristande dokumentation eller dokumentation på felaktigt sökord

4.1: Gemensam genomgång hur journalmallarna används
4.2 Säkerställa att de sökord som används i journal stämmer med de som används för överrapportering till NDR
4.3 Skapa lokal journalmall och eventuellt tilläggsmodell med samma sökord som används för överrapportering till NDR

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 diabetespatienter med blodfettsänkande behandling	52,2%	230101-231231	65%	Med-rave	241231
Indikator 2	Andel diabetespatienter med genomfört fotstatus	50%	230101-231231	>75%	Med-rave	241231
Indikator 3	Andel diabetespatienter med uppgift om rökning	67%	230101-231231	>75%	Med-rave	241231
Indikator 4	Andel diabetespatienter med BMI eller längd och vikt i perioden	74%	230101-231231	>80%	Med-rave	241231
Indikator 5	Andel diabetespatienter på väntelista tidstyp 96 Diabetes	1,4%	231231	90%	Vänte lista, tids-typ 96 Diabetes	241231

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?

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.

1: Diabetessköterska (Helén)- Uppdatera rutin för kallelse från väntelista samt bygga upp väntelista. Påbörjat, fortgår under året.

2: Diabetesteamet (ansvariga för förbättringsarbetet) – avsätta tid gemensamt i mars för fortsatt uppdatering lokal rutin, checklista och se över möjlig utformning för frågeformulär till patient inför besök.

3 och 4: Internutbildning för hela personalen i samband med onsdagsmöte i mars/april om lipidbehandling vid diabetes (Nathalie), dokumentation (Helén), uppgiftsfördelning (Helén och Tanja) mm.

En gång per kvartal avstämning av utveckling av utfallsmåtten (Nathalie).

En gång per kvartal möte diabetesteam för analys utfallsmått, uppföljning av planering och justering handlingsplan.

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

Diabetes-dsk har skapat väntelista i TakeCare för årskontroll hos läkare respektive diabetesdsk, besök med 6 månaders mellanrum samt rutin för kallelse från väntelista.

Checklista för vad som ingår vid besök hos läkare respektive dsk har påbörjats samt förfinas pågående. På gemensamma läkar- och diabetesdsk-möten diskuteras detta regelbundet.

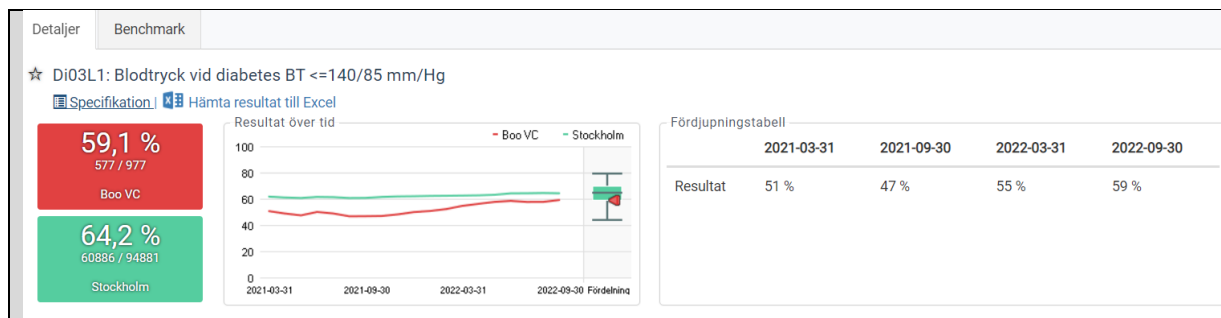
Internutbildningstillfälle hölls på läkarmöte i april 2024 med fokus lipidbehandling samt korrekt dokumentation.

Avstämning av utfallsmått har gjorts två gånger under året.

Regelbundna möten läkare och diabetes-dsk har hållits en gång per månad där samtal om behandling och dokumentation ingår som rutin.

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 diabetespatienter med blodfettsänkande behandling	52,2%	230101-231231	65%	57,1%	Medrave	240101-241231
Indikator 2	Andel diabetespatienter med genomfört fotstatus	50%	230101-231231	>75%	69%*	Medrave	240101-241231
Indikator 3	Andel diabetespatienter med uppgift om rökning	67%	230101-231231	>75%	85%	Medrave	240101-241231
Indikator 4	Andel diabetespatienter med BMI eller längd och vikt i perioden	74%	230101-231231	>80%	80%	Medrave	240101-241231
Indikator 5	Andel diabetespatienter på väntelista tidstyp 96 Diabetes	1,4%	231231	90%	89,2%**	Väntelista, tidstyp 96 Diabetes	240101-241231

Övriga kommentarer:

*Felkälla dokumentation fotstatus. Förekommit dokumentation på underrubriker till fotstatus, men avsaknat text på fotstatus-rubriken vilket gör att det missas när MedRave söker av. Detta observerades hösten 2024 varefter dokumentationen är mer korrekt. Sannolikt är således andelen med fotstatus högre.

**Att andelen inte är högre beror på att en del diabetiker inte besökt mottagningen under mäteperioden och därför inte ännu kommit att läggas till på väntelistan än.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt att den viktigaste positiva faktorn för god och patientsäker diabetesvård är att ha en engagerad diabetes-dsk och uppdaterade rutiner. För att lyckas med långsiktigt hållbara ändringar behövs regelbundna samtal med berörda yrkeskategorier där man återkommer till det man kommit överens om. Vi har förbättrat vårt sätt att dokumentera.

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?

Samtliga patientbesök utgår ifrån patientcentrerad konsultation där patienten i högsta grad är delaktig i den information som ges och de behandlingar som patienten börjar med. Vi tillser att patienten får god utbildning om sin sjukdom på den nivå de är mottagliga för så att de kan ta informerade beslut om sin behandling och livsstil. Motiverande samtal används för att förbättra fysiska aktiviteten, minska rökning, förändra kost och ta itu med eventuella andra livsstilsfaktorer som behöver påverkas.

Förbättringsarbetet har fokuserat på livsstilsrelaterade utfallsmått. Att öka fokus på dessa frågor har ökat patienternas förståelse av sammanhang samt stimulerat deras drivkraft till förändring av livsstilsfaktorer.

Vår ambition var att skapa ett formulär för patienter att fylla i inför årsbesök med frågor om livsstil mm. Vi har inte haft möjlighet att genomföra denna del av förbättringsarbetet, men planerar att göra det under våren 2025. Se nedan.

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.

På VC hålls en gång i månaden möte mellan diabetes-dsk och läkargruppen. Vid mötet planerar vi att regelbundet tala om rutinerna. För att komplettera väntelistan ska vi påminna läkargruppen att skicka internremiss till dsk när en diabetespatient som inte finns på väntelistan besöker VC. Vid nyanställningar planerar vi att diabetes-dsk håller kort informationssamtal om befintliga diabetesrutiner som del i introduktionen. Uppföljning av resultat utfallsmåtten från förbättringsarbeten första veckan i december 2025 som presenteras på diabetesmötet. Under våren 2025 planerar vi att skapa ett skriftlig formulär med livsstilsfrågor samt avslutande frågor "Vad har du för förväntningar på din diabetesvård" samt "Vad tänker du att du behöver för stöd för att vara mer delaktig i din vård?".

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.