

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kallhälls Nya Vårdcentral	
Verksamhetschef Nima Namazi	Verksamhetschefens e-post nima.namazi@knvc.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: Stefanie Najem
Profession: ST-läkare allmänmedicin
E-post: stefanie.najem@knvc.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: Nima Namazi, Specialist i allmänmedicin.
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Patienten kommer involveras i läkarkonsultationen i årsbesöken för diabetes genom information kring risker med diabetes och högt kolesterol. De kommer involveras i ställningstagandet av insättning statinbehandling utifrån den bedömning och riskskattning som presenteras av vederbörande läkare.

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?

Diabetes typ 2 medför en ökad risk för att insjukna i hjärt-kärlhändelse och förtida död. En av de viktigaste och påverkbara riskfaktorerna för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom är högt kolesterol.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör patienter med hög risk till mycket hög risk erbjudas behandling med statiner. Behandling med statiner till dessa patientgrupper medför minskad risk för förtida död samt att insjukna i hjärt-kärlsjukdom.

Under perioden 2023-02-14 - 2024-02-13 hade vi på Kallhälls Nya Vårdcentral 917 patienter med diagnosen typ 2 diabetes. Mindre än hälften (48%) hade behandling med statiner.

Andelen patienter med LDL >2.5 var 31% och andelen med LDL <1.8 var 22%. 20% hade inget registrerat LDL-värde, vilket kan tala för att siffran är underskattad.

Andelen patienter utan statinbehandling med LDL >2.5 var 35%. 27% hade inget registrerat värde, vilket återigen kan tala för en underskattning.

I NDR ser vi att andelen patienter under år 2023 på Kallhälls Nya Vårdcentral med LDL <2.5 var 59% och de med statinbehandling 51%, vilket är lägre jämfört med riket (LDL <2.5 69%, statin 70%).

Sammantaget finns det förbättringspotential i behandling med statiner samt LDL-värden hos patienter med typ 2 diabetes listade på Kallhälls Nya Vårdcentral.

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	
<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/ Formulera här era mål:</p>	
<p>1) Öka andelen patienter med diabetes och statinbehandling</p> <p>2) Öka andelen patienter med diabetes med LDL <1.8 mmol/L</p> <p>3) Minska andelen patienter med diabetes med LDL >2.5 mmol/L</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>
1: Bristande kunskap vad gäller behandlingsmål för LDL vid diabetes hos personalen (samtliga personalkategorier).	1.1: Lokal internutbildning, ex föreläsning 1.2: Följa upp siffror i Medrave och presentera på APT-möten genomgående under året. 1.3:
2: Tidskrävande att göra riskskattning och/eller oklarheter i hur och för vilka riskskattning ska göras.	2.1: Förenklat PM för riskskattning. 2.2: 2.3:
3: Bristande dokumentation i journalen.	3.1: Införa sökterm i diabetesmallen i Take Care, "LDL målvärde". 3.2: 3.3:
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	

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 startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärde
Indikator 1	Andelen patienter med diabetes typ 2 och LDL >2.5	31%	24-02-13	20%	Medrave	2024-12-31
Indikator 2	Andelen patienter med diabetes typ 2 och LDL <1.8	22%	24-02-13	40%	Medrave	2024-12-31
Indikator 3	Andelen patienter med diabetes typ 2 och statinbehandling	48%	24-02-13	70%	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 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-forbattringstrappa/>

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?

Vi planerar att genomföra en lokal internutbildning i föreläsningsform på ett av våra kvalitetsmöten i syfte att utbilda/uppdatera samtlig personal på vårdcentralen kring vikten att

behandla hyperkolesterolemi hos diabetiker. Detta för att öka uppmärksamheten på avvikande LDL-värden hos all personal. Vidare är planen att följa upp vår statistik i Medrave M4 regelbundet under året och presentera på APT-möten.

Implementera ett PM/konsensus i hur vi utför riskskattning på våra patienter med diabetes för att förenkla ställningstagande till statinbehandling och LDL-målvärde.

Införa ny sökterm i journalmallen för diabetesbesök där läkare aktivt förväntas ta ställning till LDL-målvärde och journalföra denna. Vi ser att relativt stor andel saknar angivet LDL-värde i journalen enligt statistik i Medrave M4.

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

Under året har vi arbetat för att utbilda/uppdatera samtliga personal på vårdcentralen gällande diabetes och hyperkolesterolemi. Följande har skett genom föreläsning på APT samt under våra planeringsdagar. Föreläsningar har innefattat allt från basal information om vad kolesterol faktiskt är och vilka risker höga värden medför till lite djupare information gällande riskskattning och LDL-målvärden.

Detta har medfört diskussion bla gällande hur sjuksköterskor på sina besök kan uppmärksamma kolesterolvärden och förmedla korrekt information till våra diabetespatienter.

Jag har även, i samråd med min handledare, framställt ett diabetes-flödesschema för att göra det enklare men också säkerställa att samtliga läkare arbetar på liknande sätt vid riskvärdering och bedömning av LDL-målvärden (vg se Bilaga 1). Flödesschemat har presenterats på flertalet läkarmöten för möjlighet till synpunkter fortlöpande. Varje läkare har tilldelats eget exemplar av flödesschemat.

Vi har även infört söktermen "LDL-målvärde" i journalmallen för diabetesbesök. Detta för att förtydliga att ett ställningstagande faktiskt har gjorts och hur vederbörande läkare resonerat/gjort sin bedömning.

Vi har fortlöpande presenterat statistik/resultat på APT-möten för att följa utvecklingen som hela tiden visat en positiv trend.

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:**

Förändringsdiagram		Indikatornamn	Start - läge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	Andelen patienter med diabetes typ 2 och LDL >2.5	31%	24-02-13	20%	27%	Medrave	25-01-27	
Indikator 2	Andelen patienter med diabetes typ 2 och LDL <1.8	22%	24-02-13	40%	28%	Medrave	25-01-27	
Indikator 3	Andelen patienter med diabetes typ 2 och statinbehandling	48%	24-02-13	70%	60%	Medrave	25-01-27	
Övriga kommentarer:								
Slutreflektion								
Vad har ni lärt er?								
Vi har lärt oss att det går att uppnå förbättring med relativt små medel. Att sprida information och kunskap kommer man väldigt långt med, men även att ta upp frågan/ämnet för diskussion kan i sig motivera och leda till goda förbättringsmöjligheter.								
Att etablera konsensus och utforma en standardiserad arbetsmetod, som i sig inte behöver vara alltför avancerad, är också en viktig del i att uppnå resultat.								
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 genom spridning av informationen gällande diabetes och kolesterol till all personal på vårdcentralen kunnat föra informationen vidare till patienten på ett metodiskt och enkelt sätt. Poängen har varit att området ska beröras på läkarbesök likväl som besök hos sjuksköterska eller undersköterska.								

Detaljer

Benchmark

☆ Di03L1: Blodtryck vid diabetes BT <=140/85 mm/Hg

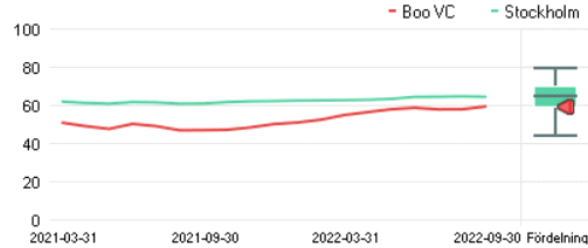
Specifikation

Hämta resultat till Excel

59,1 %
577 / 977
Boo VC

64,2 %
60886 / 94881
Stockholm

Resultat över tid



Fördjupningstabell

	2021-03-31	2021-09-30
Resultat	51 %	47 %

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.

Vi vill fortsätta arbeta på ett standardiserat sätt med hjälp av det framtagna flödesschemat samt diabetesjournalmallen.

Det rör sig om en viktig patientgrupp och därav vill vi fortsätta följa statistiken fortlöpande på läkarmöten, ATP och planeringsdagar. Detta för att möjliggöra nya förbättringsmetoder men också fortsätta etablera redan påbörjade förändringar.

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

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.