

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry vårdcentral Sibyllegatan	
Verksamhetschef Rebecca Hofman-Bang	Verksamhetschefens e-post Rebecca.hofmanbang@kry.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.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> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Rebecca Hofman-Bang
Profession: Sjuksköterska
E-post: rebecca.hofmanbang@kry.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: Charlotte Lind, distriktsköterska Rebecca Hofman-Bang, sjuksköterska Arash Sanari, specialist i allmänmedicin
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Samla information i samband med mottagningsbesök

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?

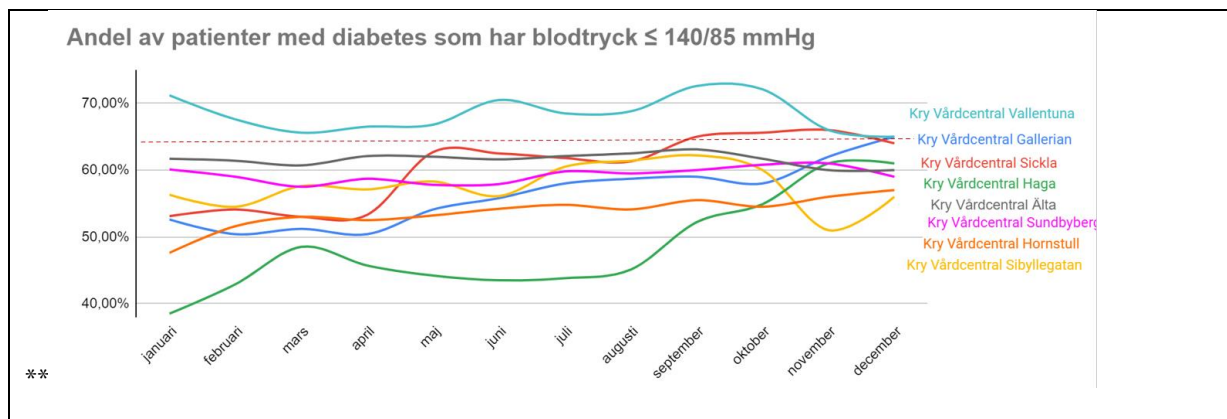
Diabetes är en av de största folksjukdomarna i världen. Genom framför allt hjärt- och kärlkomplikationer kan diabetes orsaka förtidig död.

*På Kry vårdcentral Sibyllegatan har vi i skrivande stund 50 st patienter med diabetes typ 2. För att inte utveckla hjärt- och kärlkomplikationer är en god riskfaktorkontroll av avgörande del. Detta innefattar bland annat god kontroll av HbA1C, blodtryck och blodfetter. Vi har valt att fokusera på de två sistnämnda i detta förbättringsarbete.**

*Av Kry's vårdcentraler i Region Stockholm har Kry vårdcentral Sibyllegatan lägst andel patienter med diabetes och blodtryck <140/85 mmHg.***

Vi har även noterat att andelen diabetiker med statinbehandling ligger lägre än resterande vårdcentraler i region Stockholm

* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf>



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

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:

Vi vill förbättra omhändertagandet av patienter med diabetes typ 2 listade på Kry vårdcentral Sibyllegatan och därmed minska risken för hjärt-och kärlkomplikationer.

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: Tidsbrist

1.1: Avsätta tid för distriktssköterska systematisk genomgång av Medrave m4
1.2: Kalla aktuella patienter för blodtryckskontroll
1.3: Boka uppföljande läkarbesök för patienter med icke tillfredställande blodtryck (<140/85 mmHg)

2: Journalföring

2.1: Interprofessionellt samarbete
2.2: Implementera korrekt journalföring (blodtryck skall journalföras i mätvärden för att kunna registreras upp av Medrave m4)

3: Bristfälliga rutiner

3.1: Uppdatera rutin
3.2: Genomgång av rutin på APT

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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/pериод för start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel diabetiker med blodtryck <140/85 mmHg</i>	58%	240221	>70%*	Medrave m4	241231
Indikator 2	<i>Andel diabetiker med statinbehandling</i>	52%	240221	>70%*	Medrave m4	241231
Indikator 3	<i>Andel diabetiker med HbA1C över 70</i>	10 %	240201	<10%	Medrave m4	241231
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2024</i>

Kommentar (valfritt):

* Regionalt mål inom Kry Primärvård

** Genomsnitt i Region Stockholm är 66,7%

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?

1. *Distriktssköterska och sjuksköterska skall tillsammans avsätta tid och gå igenom kvalitetsindikatorerna i Medrave m4*
2. *Distriktssköterska skall uppdatera rutinen, gå igenom på APT*
3. *Kalla patienter på besök, dels till distriktssköterska och sjuksköterska, dels till läkare*

Ovanstående arbete och resultat skall månatligen gås igenom 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**

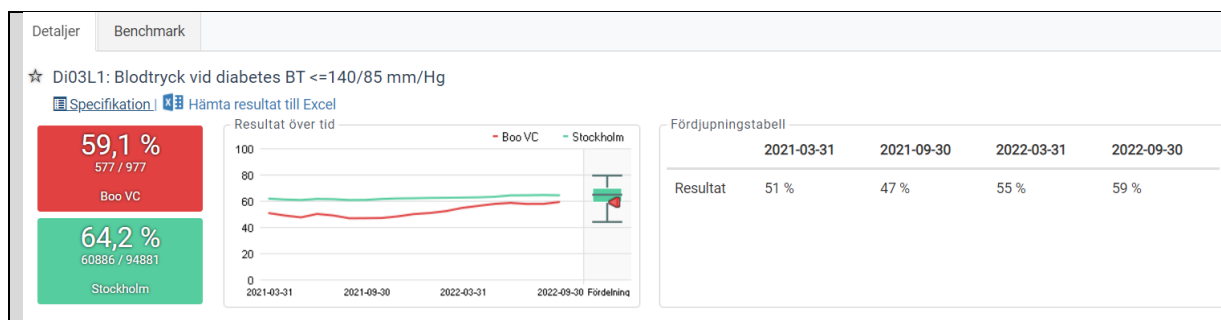
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Sjuksköterska och distriktssköterska har genom avsatt tid för ändamålet, strukturerat gått igenom Medrave m4 varje månad. Vi har fokuserat på patienter med Diabetes typ 2 och tagit fram de patienter som inte uppnår målvärden avseende HbA1c, blodtryck samt inte står på blodfettssänkande läkemedel. Dessa patienter har kallats för extra kontroller av blodtryck, blodfetter och HbA1c hos distriktssköterska, sjuksköterska och undersköterska. Uppföljningsvis har patienterna sedan bokats in till läkare och distriktssköterska för att diskutera läkemedelsjusteringar samt livsstilsförändringar.

Alla medarbetare har informerats om vikten av att journalföra på korrekt sökord, så att värdena blir mätbara. Strukturerad informationen har gått ut både på APT samt skriftligen via uppdaterad rutin.

Resultat

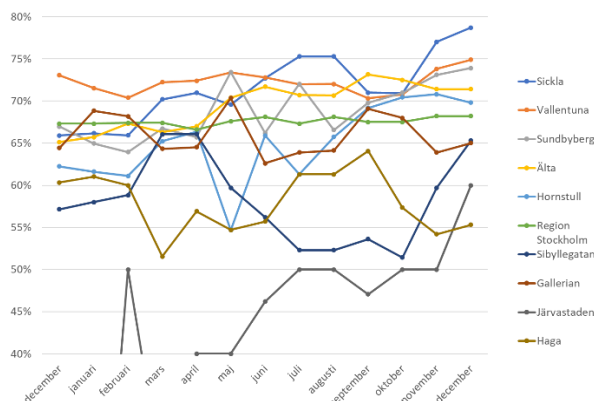
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark 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 diabetiker med blodtryck <140/85 mmHg	58%	240221	>70%	65%	Medrave M4	20250116
Indikator 2	Andel diabetiker med statinbehandling	52%	240221	>70%	60%	Medrave M4	20250116
Indikator 3	Andel diabetiker med HbA1C över 70	10%	240221	<10%	5,6%	Medrave M4	20250116
Indikator 4							2025
Indikator 5							T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

Ett av tre mål har uppnåtts i detta förbättringsarbete. Samtliga indikatorer har förbättrats i resultatet jämfört med startläget.



Andel patienter som har diabetes och har blodtryck <140/85 mmHg. Avser Kry vårdcentraler i Stockholm.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vikten av att sätta upp och journalföra målvärden för varje patient avseende blodtryck, HbA1c samt LDL-kolesterol, och att informera patienten om dessa samt involvera patienten genom att förklara varför just dessa målvärden sätts.

Vi har lärt oss fördelarna med att regelbundet använda Medrave m4 för att ta fram statistik, att det blir lättare att fokusera på hur vi kan förbättra för patienterna.

Det är ibland en utmaning att sätta in blodfettsänkande läkemedel. Vissa patienter är skeptiska, framförallt till själva läkemedlet. Det är också en utmaning att övertyga patienter om att det är fördelaktigt med läkemedelsbehandling trots att man ligger "inom referens".

Vi har därför lagt mer fokus på att informera patienter om fördelarna med att ta statiner och att ha ett lägre målvärde, samt riskerna med att inte behandla med blodfettssänkande medel. Programmet ALMA varnar när man öppnar patienten med diabetes typ 2 som inte står på statiner.

Restsituationer för blodsockersänkande läkemedel har påverkat en del av patienternas HbA1c, vilket har varit en utmaning då patienter har behövt ställas om på nya läkemedel.

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?

I vårt förbättringsarbete har vi aktivt frågat patienter om deras syn på värden som blodtryck, HbA1c och LDL, och om de förstår varför de behandlas på det sätt de gör. Genom dessa samtal har vi kunnat identifiera eventuella missförstånd och stärkt patienternas delaktighet i sin egen vård. Vi har också fokuserat på att bygga en god allians med patienterna för att skapa förtroende och en mer personcentrerad behandling.

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.

Vår plan är att alla patienter med diabetes typ 2 ska enligt rutin ha individuellt satta mål vad gäller blodtryck, HbA1c och LDL-kolesterol. Rutinen för handläggning av patienter med diabetes typ 2 introduceras till alla nyanställda. Diabetessköterska fortsätter att regelbundet gå igenom statistik i Medrave m4 och åtgärda eventuella avvikelser.

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.