

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2: Diabetes mellitys typ 2

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Meliva Haninge Vårdcentral	
Verksamhetschef Hawzheen Abdulla	Verksamhetschefens e-post Hawzheen.abdulla@meliva.se
Instruktioner till mottagningen	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Aida Huskovic / distriktsköterska/ aida.huskovic@meliva.se
Addnan Jwayed (allmänspecialistläkare)/ addnan.jwayed@meliva.se
Viktoriiia Ratynska (ST-läkare allmänmedicin) / viktoriiia.ratynska@meliva.se
Att involvera flera
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <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
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?
Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat. <ul style="list-style-type: none">• 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 Tidigare arbeten hittar ni här: http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/> Och här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygsladapatientensamverkan/> Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Diabetes mellitus typ 2 förekommer hos allt fler patienter i Sverige. Orsaken till detta är att många äter onyttigt, har nedsatt rörlighet och blir därmed överviktiga. Diabetes mellitus typ 2 går att förebygga med hälsosam mat och motion och patienter kan i vissa fall bli mycket friskare med bättre levnadsvanor. Om blodsockret är stabilt och vikten är under kontroll kan risken för andra hälsoproblem minimeras.

Patienter med diabetes mellitus typ 2 är en grupp patienter som behöver gott omhändertagande, motivering och korrekt kontinuitet. Meliva Haninge vårdcentral har cirka 6500 listade patienter år 2024 i januari månad. Vi har en fungerande diabetesmottagning men trots det har endast 55 % (124 st patienter) av våra diabetes mellitus typ 2 patienter ett HBA1C under 52 mmol/mol. Resterande 45 % (100 st patienter) är inte registrerade, har värden mellan 52-70 mmol/mol eller till och med över 70 mmol/mol (datum för hämtad statistik 2024-01-05).

Vi har en diabetesmottagning som arbetar utifrån riktlinjer från Socialstyrelsen samt med senast uppdaterad information från läkemedelsverket och region Stockholm.

Att leva med en ostabil diabetes mellitus typ 2 kan ge komplikationer och följsjukdomar.

Åderförfettning, kärlkramp i benen samt kallbrand

Sjukdomen är även förknippad med hjärtinfarkt och stroke

Sjukdomen påverkar även ögats näthinna varav patienter regelbundet behöver gå på ögonbottenfotografering samt ha kontroll över sitt blodtryck

Njurskador

Nervskador

Nedsatt sexuell aktivitet/ lust på grund av komplikationer

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetes vård rekommenderas det att minska andelen personer med diabetes som har ett HBA1C värde över 70 mmol/mol. Dem rekommenderar även att öka andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva. Dem rekommenderar även att öka stödet till fysisk aktivitet med hjälp av kvalificerade rådgivande samtal. Om vi lyckas förbättra omhändertagandet av patienter med diabetes mellitus typ 2 genom att följa upp dem med avvikande värden kan vi minska deras risk för följsjukdomar, öka deras kunskap och förbättra deras hälsa.

B: Vi kommer kontinuerligt följa upp patienter med avvikande diabetes mellitus typ 2 HBA1C värden. I vissa fall tätare besök hos läkare och diabetessköterska för att se om det kan ge effekt med adekvat behandling. Vi har öppen kommunikation med dem och kallar dem enligt planering. Dem med stabila värden kommer även att kallas enligt rutin.

B: Vid frågor om diagnos kommer alltid läkare och sjuksköterska finnas tillgängliga för diskussion och svar.

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.

Att fler patienter som har diabetes mellitus typ 2 med avvikande HBA1C värden ska få rätt medicinsk behandling/ omvårdnadsåtgärder/ motiverande behandling för att se om det kan förbättra deras HBA1C värden därmed mående.

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 uppnå en förbättrad HBA1C statistik hos listade patienter
- Vi vill uppnå en förbättrad anamnes om fysisk aktivitet och matvanor hos våra diabetes mellitus typ 2 listade patienter

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/>

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 processmåtten 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.**

	Indikator	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/p eriod för start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	<i>HBA1C över 52 mmol/mol</i>	100 st	2024-02-01	50st	Medrave	2024-12-01

Indikator 2	Användning av blodsockersänkande läkemedel som saknas hos patienter med värden över 52 mmol/mol	43 st	2024-02-01	10 st	Medräve	2024-12-01
Indikator 3	Tillfrågad om matvanor och hjälp till motivering	116 st	2024-02-01	200 st	Medräve	2024-12-01
Indikator 4	Tillfrågad om fysisk aktivitet och hjälp till motivering	129 st	2024-02-01	200 st	Medräve	2024-12-01

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-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?

Det finns cirka 6500 listade patienter år 2024 på Haninge vårdcentral. Arbetets mål är att börja inrikta sig på patienter med diabetes mellitus typ 2. Samtliga patienter kallas årligen till läkare och diabetessjuksköterska för uppföljning. Vi har i detta arbete valt att dem med avvikande värden ska kallas med tätare kontakt anpassat ut efter deras värden. Det finns patienter med avvikande HBA₁C som behöver mer stöd, motivering samt medicinsk justering med korrekt kontinuitet för bättre resultat.

Indikator 1 - *Användning av blodsockersänkande läkemedel som saknas hos patienter med värden över 52 mmol/mol - Denna indikator visar att 43 st av våra diabetes mellitus typ 2 patienter saknar medicinsk behandling överhuvudtaget.*

Indikator 2 - *Tillfrågad om matvanor och hjälp till motivering – Denna indikator visar att mindre än hälften av våra diabetes mellitus patienter blir tillfrågade om deras matvanor och om dem behöver motivering och stöd.*

Indikator 3 - *Tillfrågad om fysisk aktivitet och hjälp till motivering – Denna indikator visar att cirka hälften av våra diabetes mellitus typ 2 patienter blir tillfrågade om deras fysiska aktivitet och om dem behöver motivering och stöd.*

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1

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.

Vi har standardiserat detta arbetssätt genom ett mer strukturerat arbetssätt. Detta arbetssätt har förbättrat våra väntelistors kontinuitet genom att kalla dem patienter med avvikande värden tätare. Vi har även vid behov följt upp per telefon samt försökt nå ut till dem patienter som blir kallade men uteblir. Kontinuitet och att följa patienter enligt plan som i detta kvalitetsarbete har blivit en standardrutin på Haninge Meliva VC. Det har även förekommit tätare uppföljningar för dem patienter med försämrade compliance eller behov av tätare uppföljning på grund av andra faktorer.

Uppföljningsrapporter har gjorts kontinuerligt via MedRave rapporteringssystem för att följa vår statistik och försök till att upprätthålla en god kvalitet. På grund av en ökning av cirka 1000 st listade patienter under arbetets gång har antalet diabetes mellitus typ 2 patienter ökat med avvikande HBA₁C värden som påverkat vår statistik.

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**

	Indikator	Start-läge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	HbA1C \geq 52 mmol/mol	100 st	2024-02-01	50 st	100 st	Medrave	2024-12-31
Indikator 2	Användning av blodsockersänkande läkemedel som saknas hos patienter med värden HbA1c \geq 52 mmol/mol	43 st	2024-02-01	10 st	56 st	Medrave	2024-12-31
Indikator 3	Tillfrågad om matvanor och hjälp till motivering	116 st	2024-02-01	200 st	144 st	Medrave	2024-12-31
Indikator 4	Tillfrågad om fysisk aktivitet och hjälp till motivering	129 st	2024-02-01	200 st	159 st	Medrave	2024-12-31

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Detta kvalitetsarbete har haft varierande resultat. Vi har ökat med cirka 1000 st listade patienter sedan kvalitetsarbetet påbörjades. Antal patienter med diabetes typ 2 var vid start 224 st och i slutet av arbetet 256 st. Det är en ökning på 14,2 % varav en stor andel av dem är med nyupptäckt diabetes typ 2 med höga HBA1C värden som vi ännu arbetar med att få ner genom god och tät uppföljning. Vi identifierar diabetes typ 2 på ett förbättrat sätt samt som vi identifierar vilka behov en patient har. Till de patienter som önskar har FAR recept utfärdats eller dietist involverats för att öka kunskap om sjukdomen och försöka nå förbättrad hälsa och livskvalitet. Den största lärdomen av kvalitetsarbetet är att patienter med avvikande värden och en försämrad compliance har stort behov av tätare uppföljningar för att bli påmind, mer medvetna och motiverade.

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?

Varje patient är unik och varje möte har behov att anpassas utefter en patients kunskap, behov, compliance, motivering samt vilja. Patienter har ibland varit motiverade och sedan har olika livsfaktorer gjort dem omotiverade, eller tvärtom. Vi är en mångkulturell vårdcentral med patienter från olika kulturer/ matvanor vilket innebär att en standardiserad tallriksmodell inte alltid har följts av patienter. Detta innebär att vi i arbetet behövt identifiera hur en patient äter, vad en patient äter och hur ofta en patient rör på sig. Vid behov har dietist involverats för att ge patienter rätt hjälpmedel. Vi har även blivit mer medvetna om hur olika alla patienter är och ökat vår kunskap kring kost/ motion. Patienters delaktighet och involvering i vården har under arbetets gång prioriterats. Om vi ska uppnå goda framtida resultat måste vi se till att patienter är motiverade och har viljan till att förbättra sitt hälsotillstånd. Varje patientmöte har varit unikt i olika nivåer. I början på året har exempelvis en patient varit motiverad, haft förbättrade resultat. I slutet av året har samma patient exempelvis blivit utbränd, ätit sämre och fått sämre resultat. Vi har då försökt ha ett helikopterperspektiv för att se vad, hur vi kan underlätta för dessa patienter för att deras hälsa ska förbättras. För att uppnå det har vi behövt ha tätare samtal och besök för att öka patienters delaktighet och involvering i deras egna vård. Vid behov har kurator involverats om exempelvis en patient hetsäter eller äter sämre på grund av andra faktorer.

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 växer som vårdcentral och antal listade ökar. Vi kommer att fortsätta på samma sätt: Att upptäcka patienter med diabetes typ 2 och sätta in rätt resurser i början. Följa dem med försämrade värden samt försöka nå ut till dem som är listade men inte dyker upp på sina besök eller lämnar prover. De patienter vi har kontakt med ska årligen kallas och tättare vid avvikande värden anpassat efter patienten och behovet. Vi har endast noterat positiva förändringar trots att våra mål i vissa indikatorer inte blivit som vi förväntat oss. Anledningen till detta är att många patienter via oss fått upptäckt diabetes typ 2 och har haft mycket förhöjda värden. Genom vårt arbetssätt kommer vi förhoppningsvis få förbättrade resultat genom god kontinuitet, kvalitet och uppföljning.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

