

Arenastadens Vårdcentral Diabetes 2023

Del 1 och 2

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Arenastadens vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Dr .tayeb Hossieni	info@arenavardcentral.se
Instruktioner till mottagningen 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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda förbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen. 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 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.. Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se. Radera EJ text i grå fält.	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:	
Namn: shokoufeh nazari Profession: Distriktssköterska /Diabetes Ssk/ Astma och KOL Ssk E-post: shokoufeh.nazari@arenavardcentral.se	
Att involvera flera Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. • 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 och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.	
Dr : Zaho Bian	allmänmedicin läkare
Dr: Tayeb Hossieni	allmänmedicin läkare
Dr: Galina Muromtseva	allmänspecialist läkare
Dr : Maja Lundqvist	allmänspecialist 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>

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/verktyslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

- Diabetes typ II är en ökande folksjukdom i hela världen så klart även i Sverige, sjukdomens konsekvens blir ökad risk för allvarliga komplikationer så som hjärtkärlsjukdomar bland annat.

- Vi kommer använda oss statistik i Medrave/NDR att ta fram nödvänddata.

- Vår syfte är att använda PGSA (Planera, Göra, Studera och Agera) ,

- Planering behandling och uppföljning minskar/ förbygger riskfaktorer för komplikationer hos patienter med diabetes.

-Vi kommer att planera och kontrollera som tidigare diabetesmarkörer-prover/ EKG/ blodtryck/ längd och vikt som en rutin, det samma gäller ögonbottenfotografering, fotundersökning, psykolog, dietist, FaR , läkemedel genomgång och extra återbesök till läkare och ssk utifrån fall till fall.

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.

Vi väljer att arbeta med diabetes, vi vill förbättra vården av behandlingsbara riskfaktorer hos våra Diabetiker, med fokus på LDL, Blodtryck, BMI, HbA1c

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringsstrappa/>

Formulera här era mål:

1- År 2022 hade vi 115 diabetespatienter av dessa hade vi 10% BMI över 35, vi ska sätta nya mål och jobba med dessa patient grupp. Vi kommer att titta på BMI över 30 för år 2023

2- Vi vill förbättra behandlingen av blodfetter, HbA1c och blodtrycket hos våra diabetespatienter. Enligt socialstyrelsen mål skall patienter med typ 2 diabetes ha ett LDL <2,5, HbA1c <70 och blodtrycket < 130/80

3- Detta fyra faktorer som vi har valt är jätte viktiga för att minska/förbygga riskfaktorer för komplikationer så som hjärt-kärlsjukdom.

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-forbattringsstrappa/>

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- Brist på lämplig personal

1.1: Vi vill förbättra arbetsprocessen kring hypertoni mottagning och övervikt mottagning, genom att anställa en ny sjuksköterska.
1.2:- försätt tättare återbesök för de patienter som berör.
1.3:

2: Att skicka enkät till Diabetes patienterna:

2.1: förbättringsarbete i team .
2.2: Ta upp patienterna feedback
2.3: skriva ner orsaker eller problemet som patienter når inte målet

3: Statistikk

3.1: Vi har MedRave nu och vi kan ta fram bättre data på våra diabetespatienter
3.2:
3.3:

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-forbattringsstrappa/>

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 målvärdet
Indikator 1	<i>HbA1c >70 mmol/mol</i>	7,6%	2023.01.01	4%	MedRave/ND R	2023.12.30
Indikator 2	<i>Blodtrycket >140/85</i>	26,8%	2023.01.01	15%	MedRave/ND R	2023.12.30
Indikator 3	<i>BMI >30</i>	26,1%	2023.01.01	20%	MedRave/ND R	2023.12.30
Indikator 4	<i>LDL > 2,9</i>	16,6%	2023.01.01	8%	MedRave/ND R	2023.12.30

Kommentar (valfritt):

I slutet av 2022 hade vi 115 diabetespatienter som registrerat på NDR men när man tittar på MedRave vi har 157 diabetes patienter, man kan se att många av dessa pat har bytt vårdcentral men fortfarande är de kvar på våren MedRave, det finns också en del patienter som följs av diabetes centrum. Till exempel av det 12 patienter med HbA1c över 70 , är det 6 patienter som får vård och uppföljning genom oss.

Action

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-forbattringsstrappa/>

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 tänk? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

- Att planera och kartlägga de berörda diabetiker. Att dela arbetet i teamet mellan läkare diabetes ssk , blodtrycket mottagning , psykolog...

- Att ta fram data från MedRave/NDR, på de valda indikatorer och identifiera de pariteter som når inte mål, att försöka ta fram orsaken.

- Att kartlägga på nytt och sätta upp nya mål, tätare uppföljningar, och diskutera resultat med patienten

- Att vi kommer diskutera lämpliga behandlingsstrategier hos de valda patienter

-Att ha MI-samtal med diabetespatienter gällande kost och motion, FaR.

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

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

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in senast 28 februari 2023 till: forbattringsarbeten.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. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vår syfte var att jobba utifrån PCSA (Planera, Göra, Studera och Agera)

1- Redan 2023 januari har vi gjort en egen enkät, då våra diabetespatienter kunde fylla i, innan diabetesbesök, Patientenkät delades ut av receptionen. (enkäten delas ut bara en gång per år).

Syftet med denna enkät var att öka samarbete mellan patienter och diabetesvården. Patienterna kunde svara bara ja eller nej.

Jag kan om diabetessjukdom.

Jag kan hantera min blodsocker mätare.

Jag tar ofta blodsocker på mig själv.

Jag vet vad ska jag göra vid hög blodsocker

Jag vet vad ska jag göra vid låg blodsocker

Jag kan hantera mina mediciner och ta de i tid.

Jag är motiverad till hälsosamt kost

Jag vill träffa dietist

jag röker.

Jag är motiverad att minska/sluta på rökning

jag dricker alkohol

Jag motiverad till att sluta/minska dricka alkohol

Jag är motiverad till fysisk aktivitet minst 30 minuter om dagen

Jag får stöd från diabetessköterskan.

2- Utifrån Med Rave har vi identifiera det patienter som når inte målet.

Diabetespatienter lägger in på väntelista.

Vi kalla in våra diabetespatienter 2 - 5 gånger per år, och vi sätta upp, en individuell vårdplanering utifrån deras behov av vården.

Under besöket har diabetessköterskan gått genom enkät frågor som patienten har fyllt i. syftet var att patienten ska få anpassade information/utbildning/ motiverande samtal till delar som diabetespatienten har behov av. Detta var positivt och kunna involvera patienten i sin egen vård.

Vi kallad patienterna till hypertoni-mottagning med en tätare uppföljningar och diskuterades blodprovsvärden, blodtrycket. Samt en motiverande samtal kring levnadsvanor för dem riskpatienter, utifrån deras behov ämne. Alltid efter besök vi kom överens om nästa återbesök med patienten.

Ofta patienterna fick skriftlig information om hälsosamt kost, aktivitet och ett skemman att hur ska ta sin medicin i tid, på uppföljningen resultatet visade en klar förbättring.

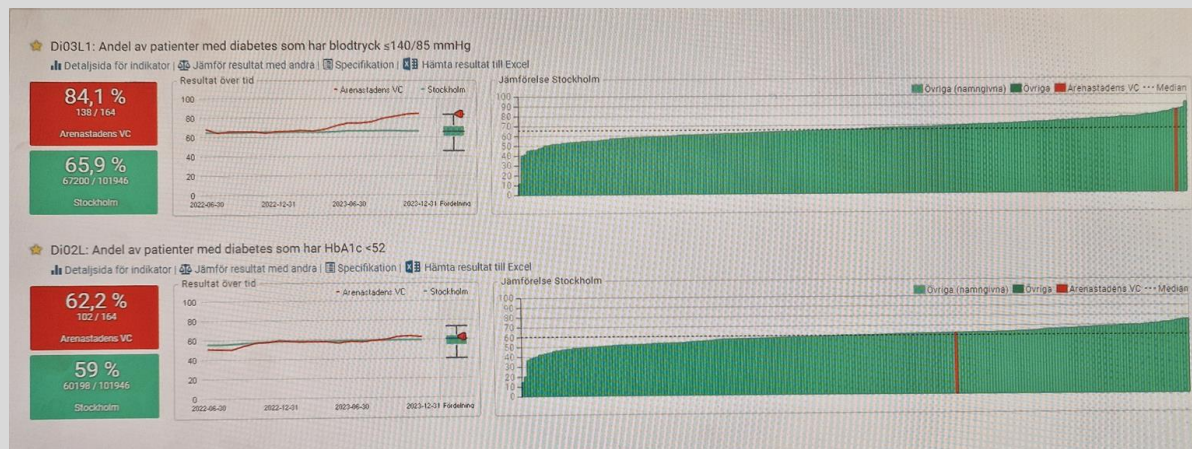
Motiverande samtal har visat positiva effekter på förändring av levnadsvanor hos många av diabetespatienterna. Vilket det har visat på mätvärde, lägre BMI, B-glucos, sänkning av blodtryck samt ökad fysisk aktivitet. Visa av diabetespatienter var glada över tätare återbesök på så sätt de kände sig mer omhändertagen och delaktig i egen vård.

3- Vi hade team besök som består av läkare, psykolog och diabetessköterska, en gång per månad för avstämning kring våra indikatorpunkter samt vi tog upp våra svåra patientfall.

Alla diabetespatienter fick 1-3 gånger tid hos läkare under året, samt de fick remisser till dietist, ögonbottenfotografering, medicinsk fotvård, FaR och psykolog utifrån deras behov.

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	HbA1c >70 mmol/mol	7,6 %	2023.01.01	4 %	2 %	MedRave/NDR	2023.12.31
Indikator 2	Blodtrycket >140/85	26,8 %	2023.01.01	15 %	3 %	MedRave/NDR	2023.12.31
Indikator 3	BMI >30	26,1 %	2023.01.01	20 %	23 %	MedRave/NDR MedRave/NDR	2023.12.31
Indikator 4	LDL > 2,9	16,6 %	2023.01.01	8 %	19 %	MedRave/NDR MedRave/NDR	2023.12.31

I början av året 2023 hade vi 105 diabetespatienter men under året det har ökat till 146 patienter, många av de ny listade diabetespatienter hade med höga siffror på de valda indikatorpunkter. statinbehandling saknas hos många av diabetespatienterna med hyperlipidemi. Tiden har varit för kort att testa förbättringen med LDL.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

- Att deltog på fortutbildningar var en bra uppdatering av kunskaper och färdigheter .
- God hantering av diabetespatienter är en stor del av vårt arbete som diabetessköterska. Vi har sett förbättringar men tror att vi har en del arbete kvar att göra förfarande

Vi har även lärt oss hur MedRave kan användas i det kliniska arbetet och för utveckling av verksamheten.

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?

Det viktiga var dialogen som efterföljde med diabetespatienter efter att ha fått enkäten, på uppföljning /utvärdering man kunde jämföra lätt att patienterna fått lättare tillgång till information kring behandling och vissades på bättre resultat på mätvärde.

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 kommer att försätta med motiverande samtal av patienter med högt BMI och oreglerat blodsocker. Följer upp patienterna med LDL över 2,9

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till
funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se