

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Capio vårdcentral Högdalen

Verksamhetschef
Helena Piensoho

Verksamhetschefens e-post
Helena.piensoho@capio.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 forbattringsarbeten.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 *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* 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:
Jennifer Settergren

Profession: Medicinskt ansvarig läkare

E-post: jennifer.settergren@capio.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 med namn och deras professioner

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

A:
Camilla Svensson, distriktssköterska och ansvarig för diabetesmottagningen

Ioannis Delimitsos, specialistläkare och ansvarig läkare för område diabetes
Shamsun Shuchi, ST-läkare

B:

Involvera patienter på besök genom att gå igenom NDR:s riskmotor och visa resultat på denna för patienten.

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>

Stödmateriäl finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-forbattringstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

På Catio VC Högdalen har vi 574 patienter med diagnosen diabetes mellitus typ 2 (Medrave M4). Vi har två distriktssköterskor anställda som arbetar med diabetes varav en i tjänst nu.

Statiner är en viktig behandling för att minska risken för hjärt-kärlsjukdom hos patienter med diabetes, och patienter med diabetes med hög respektive mycket hög risk enligt NDR:s riskmotor rekommenderas statinbehandling. Catio VC Högdalen ligger tydligt under genomsnittet i Stockholm gällande statinbehandling hos diabetiker, 51,2% jämfört med 64,1% (siffror från Primärvårdskvalitet).

Förutom medicinering är levnadsvanor en viktig del av behandlingen. När vi tittar på statistik går kost och motion igenom men möjlighet till att skriva Fysisk aktivitet på recept (FaR) glöms erfarenhetsmässigt (utifrån genomgång i läkargrupp och med diabetessköterska) bort. FaR ger patienter en möjlighet att öka motionsvanor.

Vårt mål (utifrån informationen ovan) är att öka andelen av våra diabetiker som behandlas med statin, samt att öka andel patienter som får hjälp med levnadsvanor i form av FaR.

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 – optimering av statinbehandling och öka FaR.

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:

- Öka andel diabetiker med statinbehandling
- Öka andel förskrivna FaR till våra diabetiker.

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: Avsaknad av rutin - statinbehandling

- 1.1: Tydlig rutin till diabetes-ssk för att fånga upp pat med hög resp. mycket hög risk.
- 1.2: Påminnelse i bokningsanteckning om bedömning statinbeh.
- 1.3: Avsatt tid hos diabetes-ssk resp. diabetes-läk för genomgång.

2: Avsaknad av rutin - FaR

2.1: Rutin på att dokumentera FaR som sökord i journal (Take Care).

3:

- 3.1:
- 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 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/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med diabetes och statinbehandling</i>	51,2%	23-02-17	62%	Medrave	Dec 2023
Indikator 2	<i>Andel patienter med diabetes som får utskrivet FaR</i>	0%	23-02-17	10%	Medrave	Dec 2023
Indikator 3						T.ex. dec 2023
Indikator 4						T.ex. dec 2023
Indikator 5						T.ex. dec 2023

Kommentar (valfritt):

Statistik på FaR svarbedömt gällande utgångsläge (nuläge) då detta inte dokumenterats som sökord i journalen, vilket vi nu planerar att börja med.

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?

Planera: Vi kommer att börja med att utforma rutin för diabetessköterska, övriga sköterskor och läkare för att uppmärksamma riskskattning enligt NDR och bedömning kring statinbehandling. Även rutin för FaR till diabetessköterska. Rutin görs av MAL tillsammans med diabetessköterska. Vi kommer därefter att gå igenom detta på personalmöte för att informationen ska nå ut till all personal på mottagningen.

Göra: Utvärdering med uppföljning av statistik på avstämningsmöten i maj, september och november. Ansvarig: Diabetessköterska.

Studera och Agera: Utvärdering på avstämningsmöte i januari 2024. Ansvarig: Diabetessköterska, MAL och diabetesansvarig läkare.

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 i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2023 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 bilfogas

Planen var att utfärda rutin för diabetessköterska gällande statinbehandling för diabetes. När vi gjorde planeringen hade vi 2 diabetessköterskor anställda varav 1 i tjänst. I början av 2023 avslutade ena diabetessköterskan sin tjänst vilket ledde till att vi större delen av 2023 ej haft diabetessköterska i tjänst. Vi har pga det inte tagit fram rutin för diabetessköterska enligt planering, men har regelbundet lyft statinbehandling hos diabetiker på läkarmöten under året. Vi har då gått igenom statistik från Medrave om hur många av våra patienter med diabetes som har statinbehandling samt gått igenom behandlingsmål för LDL utifrån risk. En av våra ST-läkare har gjort sitt arbete på statinbehandling hos våra diabetiker vilket hon redovisat för läkargruppen.

Då vi ej haft diabetessköterska på plats under den större delen av 2023 har vi ej gjort rutin kring FaR och ej följt upp förskrivning av FaR regelbundet som planerat.

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	<i>Andel patienter med diabetes och statinbehandling</i>	51,2%	230207	62%	59,1%	Medra ve	231231
Indikator 2	<i>Andel patienter med diabetes som får utskrivet FaR</i>	0,5% (3st)	230207	10%	1,5% (8st)	Medra ve	20231231

Övriga kommentarer:

Sammantaget resultat:

- Ökning av andel patienter med diabetes och statinbehandling med 7,9 procentenheter.
- Ingen eller väldigt liten förändring av antal förskrivna FaR mellan 2022 och 2023.

Statistik avseende förskrivning av FaR framtagna genom att titta på antal förskrivna FaR i Medrave (framtaget via sökning i egen patientlista), därav är statistik från del 1 uppdaterad från o till 0,5%.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Även om vi inte kunnat följa planeringen som vi hade önskat har det gett resultat att regelbundet lyfta ämnet statinbehandling hos diabetiker på läkarmöten under året. Att regelbundet titta på statistiken (som successivt ökat under året) har blivit en morot att förbättra oss ytterligare. Detta har visat på vikten av regelbundna uppföljningar för att nå ett mål, så även om vi inte gjort någon tydlig rutin så ser vi resultat utifrån att ha jobbat på det sättet.

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 på läkarmöten lyft vanliga frågor från patienter kring statinbehandling, som rört biverkningar och varför man behöver statin trots att kolesterolvärden ligger inom referens, för att på så sätt förbättra den information vi lägger fram till patienten vid insättning. Detta för att öka delaktighet men också underlätta för patienten att fatta ett grundat ställningstagande utifrån rätt information.

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 har sett att det varit positivt att regelbundet följa ett område med tex statistik och diskussion. Det kommer vi att fortsätta göra inom detta område (statinbehandling) men även inom andra områden som vi väljer att fokusera på framöver.

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 forbattningsarbeten.apc.slso@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.