

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Dm2 patienter med icke god metabol kontroll*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Capio Vårdcentral Rågsved

Verksamhetschef
Hossain Nawaz

Verksamhetschefens e-post
Hossain.nawaz@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: Ali Azimzadeh
Profession: ST-Läkare.
[E-post:ali.azimzadeh@capio.se](mailto:ali.azimzadeh@capio.se)

Namn: Christina Guerrero
Profession: Distriktssköterska
[E-post:christina.guerrero@caapio.se](mailto:christina.guerrero@caapio.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 sidosjukvård, 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: Christina Guerrero DSK diabetes, Leila Omar DSK diabetes, Ali Azimzadeh ST läkare, Manzi Atayee ST Läkare, Ethar ST läkare samt övriga läkare på mottagningen

B: Vi har en skärm vid utgången där pt kan trycka och ge omdömen, där skulle man kunna ha några frågor om besöket "TouchPoint"

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/verktygslada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

På Rågsved Vårdcentral i området Diabetes presterar vi sämre än genomsnittet. Vi har haft många pt med höga hba1c samt inaktuella värden. Det vi vill åstadkomma är rutiner för att kalla alla diabetiker regelbundet för årskontroller.

Samtidigt har vi många patienter med hba1c över 70. Dessa patienter behöver träffa sin DSK och läkare mer frekvent under året för att intensivera behandling så vi lyckas få ner deras hba1c till målvärde, åtminstone under 70.

Vi har även en stor patient som inte har aktuella hba1c värden. Dessa patienter skall kallas för provtagning samt bokas till Dsk och läkare. Har patienterna hba1c över 70 kommer det att inkluderas till programmet.

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.

Typ 2 diabetes patienter med icke god metabol kontroll

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:

**-Större andel av våra diabetespatienter skall ha aktuella Hba1c värden.
-Större andel av våra diabetespatienter skall ha HbA1c värden under 70 ifall detta överensstämmer med deras målvärde och samsjuklighet.**

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: Inga rutiner för kallelse av patienter

1.1: Schemaläggning för att skicka kallelser
1.2:

2: Patient som själva inte söker för årskontroll, läkare som inte bokar för årskontroll vid tex receptförnyelse

2.1: Info till patienter vid besöken att de behöver kontrolleras årligen
2.2: Läkare kontrollerar senaste kontroll vid receptförnyelse av diabetesmediciner, bokar in patient eller skriver på receptet (ett uttag) att boka tid

3: Personal missar att sätta upp patient på aktuellt diabeteslista

3.1: Info till all personal på APT om hur man sätter diabetespatienter på diabeteslistan

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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Dio1, förekomst av diagnos, denna skall öka</i>	350	01/01/24	360	Medrave	<i>Januari 2024</i>
Indikator 2	DiO2;0, andel av pt som inte har aktuellt hba1c värde, skall minska	22,9 %	01/01/24	27,8 %	Medrave	<i>Januari 2024</i>
Indikator 3	DiO2H, andel av pt som har hba1c över 70, skall minska	14 %	01/01/23	8,3 %	Medrave	<i>Januari 2024</i>
Indikator 4						
Indikator 5						

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-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 blev som ni tänk? 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?

Beskrivning: Ali och Christina tar fram en lista med alla patienter som har diagnos DM2. Vi sorterar alla med Hba1c över 70. Dessa patienter kallas av DSK snarast med nya prover, vi exkluderar patienterna i hemsjukvården (HSV), de bedöms av HSV läkare.

Vi kommer också att sortera ut alla patienter med inaktuella HbA1c värden, dessa kallas till endast provtagning först och efteråt till diabetes ssk för samtal och kontroll. Efter DSK besök bokas patienterna in till Läkare för kontroll samt läkemedelsoptimering.

Vi kommer att ge utrymme så DSK sköterska kan boka rondärenden för specifika patienter som i vissa fall behöver inte träffa läkare snart. Patienter som har ett hba1c över 70 skall bokas till ett uppföljningsbesök med blodprover inom 2–3 månader och eventuellt tätare uppföljning hos diabetes ssk.

Vi syftar till att patienter som har ett HbA1c över 70 ska få träffa DSK och Läkare om det är möjligt ungefär 6 gånger under året.

Jag som ST Läkare kommer ha ett litet större ansvar under våren 2023, eftersom behandling av diabetes är något alla läkare har kompetens till, så därför kommer alla läkare i mottagningen få vara delaktiga och träffa dessa patienter.

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:
forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen **(dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

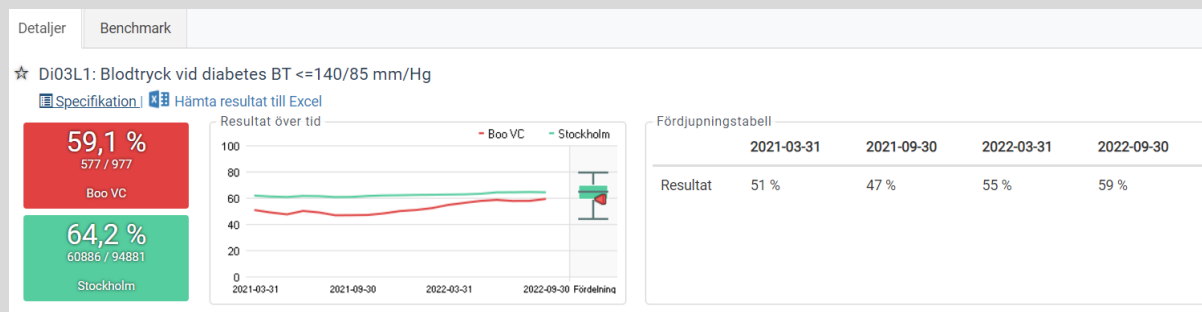
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

- Schemaläggning för att skicka kallelse infördes genom att ansvarig diabetes ssk fick tid 1 gång i vecka ca 4 timmar för att aktualisera Medrave och kalla patienter. Vi syftade för att boka för uppföljning för patienter med HbA1c över 70, patienter som saknades aktuella värden samt alla som behövs kalla för den årliga diabeteskontrollen. Ny diabetes ssk började hösten 2023 som ansvarar för kallelse och kontinuerlig uppföljning med hjälp av medrave.
- Noggrann information till patienten att de behöver kontrolleras årligen. Vi har inte använt något för att kunna mäta om hur det fungerat och vilken effekt gav. Vi har haft "Touch Point" men det var inte optimalt redskap för att mäta den specifik parameter.
- Läkare ansvarar för receptförnyelse av diabetesmediciner samt diabetesmediciner genomgång så att det finns en aktuell läkemedelslista av diabetesmediciner.
- Informerades till personal på APT samt vid läkare/ssk möte om hur skulle diabetespatienter lägga till på diabeteslista för att få en bättre koll i TakeCare på vilka patienter har varit på kontroll.
- Vi bokade i kalender hos läkarna två tider varje vecka för enbart diabetespatienter samt rondtider som skulle hjälpa både läkarna samt diabetes ssk för ev. läkemedeljustering.
- Vi satsade också på att utföra tätare kontroller hos diabetes ssk för ev. nytt insatt eller ändring av läkemedel med hjälp av 3 dagar blodsockerkurvan.
- Kontinuerlig information om kost och motion och erbjuda FAR recept för att uppmuntra patienter livstilsförändringar

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Di01, förekomst av diagnos, denna skall öka	350 patienter	01/01/24	360	362	Medrave	2023/12/13
Indikator 2	Di02;0, andel av pt som inte har aktuellt hba1c värde, skall minska	22,9 %	01/01/24	27,7 %	18,9 %	Medrave	2023/12/13
Indikator 3	Di02H, andel av pt som har hba1c över 70, skall minska	14 %	01/01/24		15,6 %	Medrave	2023/12/13
Indikator 4							T.ex. dec 2023
Indikator 5							T.ex. dec 2023

Övriga kommentarer:

Siffrorna visar att 49 patienter i början av studien hade ett HbA1c på över 70. Dock bör 6 stycken av dessa patienter exkluderas då de sköts av HSV läkare och är multisjuka där ett högre målvärde är acceptabelt. 43 patient är då inkluderade.

De aktuella siffrorna från 13:e december visar att 56 patienter har HbA1c över 70. Dock är 8 av de HSV patienter som är multisjuka och där ett högre värde är acceptabelt. Utöver det så är 7 av patienterna antingen nylistade eller nyupptäckta. Sedan har vi identifierat 5 patienter som är multisjuka med tex tung psykisk ohälsa, alkohol samt kognitiv svikt där ett högre HbA1c målvärde kan accepteras, dock bör de sistnämnda vara med i analysen då vi inte gått igenom journalen på start patienterna för att avgöra multisjuklighet.

Vi anser därför att man bör beakta dessa faktorer och exkludera dessa från analysen vilket ger oss en siffra på 41 stycken patienter. Då fem av dessa är multisjuka som jag beskrev ovan är det 36 patienter vi har på vårdcentralen som inte uppfyller sitt målvärde.

När vi analyserade de övriga patienterna genom att läsa journalen kunde jag upptäcka att ett antal patienter inte kommit på kallade besök till läkare och sjuksköterska. Det är något som i området har svårt att styra eftersom en del patienter saknar förståelse om sjukdomen och dess komplikationer som gör att dessa patienter inte prioriterar den årliga kontrollen. En del patienter inte lämnar uppföljningsproven som gör att vi inte kan ha aktuella värden.

En del av patienterna kommer på besök men har alltid haft höga HbA1c där man gjort diverse medicinändringar och livsstilsförändringar utan att ha lyckats få ner HbA1c. Vi läsningen av journalen noterades att dessa patienter gått med ett högt HbA1c i flera år och egentligen aldrig uppfyllt sitt målvärde de senaste åren.

Vi fick också en överraskande upptäckt där det finns en grupp patienter vars HbA1c är lite som en berg och dalbana. Finns vårdkontakter där deras HbA1c är under målvärdet, men efter cirka 6–10 månader stiger det igen. Efter en ny läkarkontakt kan sedan HbA1c sjunka igen och därefter stiga. Jag tolkar detta som bristande **compliance** från patientens sida. Vi har en stor grupp patienter som inte kan prata svenska, därför kan det vara svårt för sjukvårdspersonal att få dessa att inse att diabetes är en kronisk sjukdom med allvarliga konsekvenser och att medicinerna skall ta nästan hela livet.

Vi har också påverkats i vissa tillfällen att arbetstiden inte varit rent optimal som det hade planerats pga. Förändringar i arbetsgrupp som sjukdom eller annat som minskade på arbetsstyrkan som i sin tur påverkade planering i denna patientgrupp.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Täta uppföljningar med tillräcklig tid så att patienterna kan ges adekvat information som hen förstår och kan ta till sig, tex kan detta vara att en duktig tolk är med och att man har förlängt patientbesöket med 20min. Vi har noterat att tolk kan vara ett förhinder för att fodra vidare information till patienten om sjukdomen som kan påverka delaktighet.

Patienter bör följas upp lite med regelbundet med blodprover fast de är inom målvärde beroende på hur de legat tidigare.

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 inte använt kunskap från patienter i förbättringsarbete däremot genom att erbjuda tätare kontroller kan vi öka patienter delaktighet samt ökas patientens förståelse om vikten att ta hand om sjukdomen och att vara delaktigt i vården.

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 eftersträva att jobba för att uppnå bättre kontinuitet, samt försöka hitta nya strategier för att uppnå diabetespatienter som inte kommer till den årliga kontroller. Vi hade svårt att mäta om information till patienten gällande vikten att utföra den årliga kontrollen har uppnåtts.
- Vi kan använda oss att patienter som erbjuds tätare kontroller och samtal hos diabetes ssk och uppnår bättre mående samt ett acceptabelt blodsockervärde kan sprida information vidare till andra patienter med diabetes.
- Efter att vi har läst journalerna har kommit fram att det viktigt att alla läkare informeras om resultaten och jag tycker att vi bör tillsammans (*Verksamhetschef, läkaren samt diabetesansvarig ssk*) göra en plan. Ytterst viktigt att hela läkargruppen får komma till tals och säga vad de tycker och hur kan det förbättras.

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.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.