

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Diabetes

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Hagalunds vårdcentral

Verksamhetschef
Lena Eriksson

Verksamhetschefens e-post
lena.k.eriksson@regionstockholm.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 forbättringsarbeten.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: Sarah Bergman

Profession: Specialist i Allmänmedicin

E-post: sarah.bergman@regionstockholm.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: Verksamhetschef: Lena Eriksson. Enhetschef: Michaela Hager-Budny. Distriktsläkare: Krystyna Kochanowicz, Roonak Farhang, Van du Thing och vikarierande Distriktsläkare Zura Themir, Ulla Poulakka och Mohammed Saliem. Leg. Läkare Borsa Begum. Diabetessjuksköterska Lubaba Ibrahim. Även övriga sjuksköterskor och undersköterskor på vårdcentralen.

B: 2023-års förbättringsarbete omfattar framför allt diabetespatienter och därför kommer patienter med diabetes engageras, kontaktas och boka på läkarbesök för att i ökad utsträckning bli delaktiga i vården och behandlingen av sin diabetessjukdom.

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?

Vi vill öka diabetespatienternas livskvalitet och minska risken för uppkomsten av följsjukdomar som ofta kommer med förhöjda blodglukosvärden, förhöjda lipidvärden och rökning. Till exempel vill vi minska diabeteskomplikationer såsom njur-, ögonpåverkan, hjärt-/kärlsjukdom, neuropati och bensår.

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/verktyslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

- *Minska andelen diabetespatienter som står på tabl Metformin men som saknar aktuellt värde på njurfunktionen.*

- Sätta ut Tabl Metformin vid njursvikt och eGFR krea < 30 eftersom Metformin är kontraindicerat vid eGFR krea < 30 och istället sätta in annan diabetesmedicinering. - Minska andelen diabetespatienter som saknar uppgift om albuminuri. - Öka antalet diabetespatienter som har HbA1c < 52 mmol. - Öka antalet diabetespatienter som har fått fotundersökning.	
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: Många diabetespatienter har uteblivit från besöken när de har blivit kallade och de har inte heller bokat tid till läkare eller diabetessjuksköterska själva.	1.1: Kalla diabetes patienter där det saknas uppgift om HbA1c, njurfunktion, albuminuri och de som har HbA1c > 52 mmol. 1.2: Upprätta en väntelista till läkare för diabetespatienter. 1.3: Upprätta en väntelista till diabetessjuksköterska.
2: Det har saknats rutiner avseende den årliga provtagningen av diabetespatienter och nya medarbetare har inte fått information om vilka som är de årliga proverna för diabetespatienter.	2.1: Skapa en mapp i Take Care där de årliga diabetesproverna inklusive alb/krea kvot lätt kan hittas bland labbprovsbeställningar. 2.2: Att de årliga diabetesproverna beställs i samband med kallelsen av diabetespatienterna till det årliga diabetesbesöket och att patienterna redan har lämnat blod- och urinprover inför läkarbesöket.
3: Medarbetare har inte fått vidare utbildning i diabetes och tex vikten av årlig fotundersökning och vikten av utsättning av Tabl Metformin vid eGFR krea < 30.	3.1: Informera medarbetare om vikten av fotundersökning vid det årliga diabetesbesöket. 3.2: Informera medarbetare om att Metformin måste dosjusteras och sättas ut vid sänkt njurfunktion.
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>Andel diabetespatienter som har njursvikt med eGFR krea < 30 och fortfarande står på Metformin.</i>	0,5 %	22-12-31	0 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31
Indikator 2	<i>Andel diabetespatienter med HbA1c < 52 mmol</i>	45 %	22-12-31	58 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31
Indikator 3	<i>Andel diabetespatienter som behandlas med metformin men saknar aktuellt värde på njurfunktion</i>	19,4 %	22-12-31	5 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31
Indikator 4	<i>Andel patienter som saknar uppgift om albuminuri</i>	66,9 %	22-12-31	25 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31
Indikator 5	<i>Andel diabetespatienter som har fått fotundersökning</i>	17,5 %	22-12-31	50 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31

Kommentar (valfritt):

Källa: Primärvårdskvalitet.

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 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?

- Diabetespatienter med eGFR krea < 30 som fortfarande står på behandling med Tabl Metformin ska kallas och erbjudas annan diabetesmedicin.
- För de patienter som ligger inom referensvärdet (HbA1c 42-52mmol/mol) är målet att bevara det värdet genom årligt diabetessamtal med diabetessköterska och läkare och provtagning efter behov, minst 1ggr/år.
- Kontinuerligt följa upp HbA1C med provtagning med tätare intervall för de diabetespatienter som ligger på HbA1c över 52 mmol/mol.
- Anordna utbildningar kring nya antidiabetika för läkare och diabetessjuksköterskor.
- Gå igenom nationella riktlinjer för diabetiker i läkargruppen.
- Gå igenom sjuksköterskornas och diabetessjuksköterskans roll med målsättning att öka deras ansvar kring hanteringen av diabetiker såsom mer regelbunden kontroll av fotstatus,

blodsocker, medicinjusteringar och livsstilsförändringar: ökad fysisk aktivitet, kostrådgivning, samtal kring tobak mm.

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.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

Vi har infört att årliga diabetesprover (där provtagning av bland annat kreatinin och Urin-Alb/krea kvot ingår) beställs i samband med att patienten ringer för receptförnyelse och då samtidigt bokas för årlig diabeteskontroll. När patienten har varit på årlig diabeteskontroll ska patienten sättas på väntelista för återbesök till Diabetessjuksköterska eller läkare om 6 månader eller ett år, alternativt bokas in för återbesök tidigare för uppföljning ifall diabetesmedicineringen ändrats i samband med årskontrollen.
Diabetessjuksköterskan och läkarna har informerats om vikten av fotstatus undersökning vid årlig diabeteskontroll och diabetessjuksköterskan undersöker nu fotstatus på alla diabetespatientbesök. Vi har uppmärksammat läkarna på att sätta ut Metforminbehandling ifall eGFR kreatinin ligger under 30 och sätta in alternativ diabetesmedicinering.
Vi har satsat på intensifierad diabetesbehandling för de patienter som har legat över 52 i HbA1c.

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	Start- läge (%)	Datum /period för	Mål (% eller	Resultat (%) eller antal)	Käll a (t.ex.	Datum/ period för
--	---	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

	med HbA1c över 70 mmol/mol	eller antal)	start-läge	antal)		Med-rave)	resultat -värdet
Indikator 1	Andel diabetespatienter som har njursvikt med eGFR krea < 30 och fortfarande står på Metformin.	0,5 %	22-12-31	0 %	0,6 % enligt primärvårdskvalitet men 0 % enligt patientjournal Se kommentar nedan	Primärvårdskvalitet	23-12-31
Indikator 2	Andel diabetespatienter med HbA1c < 52 mmol	45 %	22-12-31	58 %	52 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31
Indikator 3	Andel diabetespatienter som behandlas med metformin men saknar aktuellt värde på njurfunktion	19,4 %	22-12-31	5 %	12 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31
Indikator 4	Andel patienter som saknar uppgift om albuminuri	66,9 %	22-12-31	25 %	29 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31
Indikator 5	Andel diabetespatienter som har fått fotundersökning	17,5 %	22-12-31	50 %	69 %	Primärvårdskvalitet	23-12-31

Övriga kommentarer:

Källa: Primärvårdskvalitet. Enligt primärvårdskvalitetssystemet stod en patient kvar på behandling med metformin trots eGFR under 30, men när vi gick in i journalen på patienten såg vi att Metformin hade satts ut i januari 2023 från Läkemedelslistan i Take Care och patienten tar således inte Metformin sedan nästan ett år tillbaka. Senaste receptet som skickats på Metformin var i oktober 2022.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att standardisera de årliga diabeteskontrollerna med förutbestämda diabetesprover (inklusive krea och Urin-Alb/krea kvot) som patienterna lämnar inför det årliga diabetesbesöket. Att undersöka fotstatus i samband med diabeteskontrollerna. Att vi intensifierar diabetesbehandlingen när HbA1c ligger över 52 och följer upp med återbesök efter förändring i diabetesbehandling. Att vi sätter ut Tablett Metformin vid eGFR krea under 30. Att vi sätter på väntelista för återbesök så att patienterna sedan automatiskt kommer att bli kallade när det är dags för årligt diabetesbesök.

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?

Patienterna har varit delaktiga i vården genom motiverande samtal om vikten av sunda levnadsvanor, kostråd och motionsråd hos diabetessjuksköterska. Patienterna har också varit delaktiga vid läkarbesöken då de bland annat har erhållit provsvar och involverats i olika val av diabetesläkemedel för optimering av deras diabetes i förekommande fall. I samband med diabeteskontrollerna hos diabetessjuksköterska har fotstatus undersökts och patienterna har fått råd om skötsel av fötterna.

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 som plan att försöka fortsätta förbättra livskvaliteten för diabetespatienterna och förhindra uppkomsten av diabeteskomplikationer genom att kalla till årliga kontroller till läkare och diabetessjuksköterska med diabetesprover inför besöket där det ingår bland annat krea, Urin-Alb/krea kvot, fasteglukos, HbA1c och lipidstatus. Vi vill också fortsätta jobba med intensifierad diabetesbehandling och snabbt återbesök för uppföljning i det fall då HbA1c ligger högt. Vi har också som mål att dosjustera eller sätta ut Metforminbehandling vid njursvikt. Vi kommer att fortsätta undersöka fotstatus på diabetespatienterna i samband med årskontrollerna till diabetessjuksköterska eller läkare.

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.