

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Verksamhetschefens e-post Helena.toomson@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 <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: Sara Ohlsson Profession: Sjuksköterska E-post: sara.c.ohlsson@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: - Sam Javidi, ST-läkare - Sara Ohlsson, sjuksköterska

B: Genom förslagslåda eller enkäter vid entrén riktade till patienter med T2DM.

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?

6,1 % (803/13233) av alla patienter på Kista VC har diagnos diabetes, vilket är över snittet för övriga vårdcentraler i Stockholm.

Vid kartläggning noterades det att vi har mindre andel patienter med HbA1c <52 jämfört med andra vårdcentraler i Stockholm. Enligt nationella riktlinjer ska dessa patienter följas avseende bl.a. levnadsvanor, glukoskontroll, blodfetter och blodtryck. I riktlinjerna rekommenderas kardiovaskulär riskskattning enligt NDR-riskmotor - inför ställningstagande till behandling med statiner. Denna riskmotor används ej regelbundet i verksamheten idag.

Vi vill genom förbättrade levnadsvanor och optimering av läkemedelsbehandling hos patienter med typ 2 diabetes – öka deras livskvalitet, samt minska morbiditet och mortalitet i CVD.

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 typ 2 och levnadsvanor.

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 kunskap hos patienter med T2DM om levnadsvanors roll i att minska CVD.
- Öka andel patienter med T2DM med HbA1c <52.
- Öka andel patienter med T2DM med statinbehandling.

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 specifik kompetens inom diabetes.

1.1: Fortbildning inom ämnet.
1.2: Samverkan mellan yrkeskategorier, sprida kunskap.
1.3: Kvalitetsgrupper.

2: Många nya kollegor, okunskap/avsaknad av lokala rutiner.

2.1: Genomgång av lokala rutiner på APT.
2.2: Uppdatera PM.
2.3: Förbättra introduktion hos nyanställd.

3: Avsaknad av ansvarig för livsstilsomfattning (rökning, prediabetes, obesitas etc.)

3.1: Återuppta livsstilsomfattning.
3.2: Erbjud grupp i hälsosamma levnadsvanor.
3.3: Patientutbildning.

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	Nuläge = Startläge	Datum/period för startläge	Mål	Källa	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med DM med HbA1c <52.</i>	55,5 %	230101	60 %	M4, PVQ	231231
Indikator 2	<i>Andel patienter med DM med statinbehandling.</i>	67,7 %	230101	75 %	M4, PVQ	231231

Kommentar (valfritt):

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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket kan fyllas på under arbetets gång.

- Kalla patienter till livsstilsmottagning och patientgrupp i mars till juni, därefter utvärdera och vid behov justera, kalla patienter igen under hösten. Utveckla lokal rutin gällande genomgång av levnadsvanor vid ssk-besök samt uppdatera flödesschema för livsstilsmottagningen.
- Uppdatera flöde samt behandling av DM2; hyperglykemi, hypertoni och lipider samt prediabetes och gå igenom på läkarmöten.
- Gå igenom NDR-riskmotor på APT och mer ingående på läkarmöten.
- Samtliga teammedlemmar går igenom och stämmer av statistik kontinuerligt i M4.

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

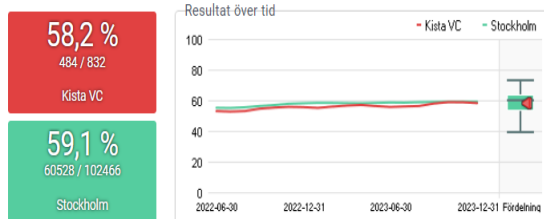
Vi har förbättrat vårt arbetssätt för patienter med diabetes typ 2 genom att ändamålsenligt arbeta enligt uppdaterade PM för flöde samt behandling av DM2; hyperglykemi, hypertoni och lipider samt prediabetes under patientbesök på vårdcentralen. Vi har på APT, läkar- sjuksköterskemöten samt vid nyanställning kontinuerligt gått igenom uppdaterade PM samt hur NDR riskmotor fungerar och kan användas i praktiken både som en riskskattning för en läkarbedömning och som demonstration för patienten. Vi har även frågat om levnadsvanor i större utsträckning vid både sjuksköterske- och läkarbesök där patienter också har fått fylla i webbformulär gällande levnadsvanor inför sjuksköterskebesök. Vi har utöver detta startat och genomfört patientutbildning med stöd i hälsosamma levnadsvanor på gruppnivå i samarbete med Kista rehab. Patientutbildningen har skett under ca 6 tillfällen per termin under våren och hösten -23 med en duration på 1,5 timme per gång och genomförts av samtliga yrkeskategorier (sjuksköterska, läkare, psykolog, dietist samt fysioterapeut). Vi har i kvalitetsgruppen regelbundet stämt av kvalitetsindikatorer i M4 och återkopplat till verksamheten vid APT, planeringsdagar och via interna meddelanden. Personal på vårdcentralen har ökat sin kompetens i diabetesvård och levnadsvanor genom deltagande i kurser inom dessa områden. Slutligen har vi även förbättrat flödet för patienter som kommer till livsstilsmottagningen via läkar- och sjuksköterskebesök genom att uppdatera PM för levnadsvanor där samtliga patienter ska kunna erbjudas ett besök via väntelista till livsstilsmottagningen för en första bedömning gällande kost, motion, alkohol, tobak och sömn.

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:**

★ Di02L: HbA1c vid diabetes, HbA1c <52

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)

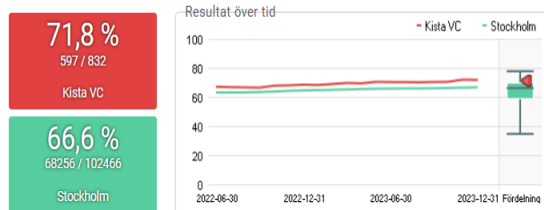


Fördjupningstabell

	2022-06-30	2022-12-31	2023-06-30	2023-12-31
Resultat	53 %	56 %	56 %	58 %

★ Di04: Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Fördjupningstabell

	2022-06-30	2022-12-31	2023-06-30	2023-12-31
Resultat	67 %	68 %	70 %	72 %

	Indikatornamn	Start-läge (% eller antal)	Datum /period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	Andel patienter med DM med HbA1c <52.	55,5 %	230101	60 %	58,2 %	M4, PVQ	231231
Indikator 2	Andel patienter med DM med statinbehandling.	67,7 %	230101	75 %	71,8 %	M4, PVQ	231231

Övriga kommentarer:

Trots att vi inte nådde våra optimistiskt uppsatta mål för indikatorerna ser vi en positiv utveckling. Avseende indikator 1 har vi ökat på så vis att vi nästan hamnat i nivå med regionens genomsnitt (59,1%) och för indikator 2 har vi ökat avståndet i positiv riktning i relation till genomsnittet i regionen (66,6%).

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

- Att kvalitetsarbete kräver tid och resurser samt innebär ett kontinuerligt arbete och deltagande av samtliga medarbetare på arbetsplatsen.
- Att kvalitetsarbetet ska ses som en grund för framtida arbetssätt och att det kan ta tid innan resultatet avspeglas i statistiken.

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?

- Genom patientutbildning i grupp samt genom användande av webbformulär inför besök.
- Genom demonstration av NDR riskmotor vid besök till läkare och diabetessjuksköterska.
- Genom patientenkät efter besök till livsstilsmottagningen.

- Genom användande av feed-back från deltagare i patientgrupp i hälsosamma levnadsvanor samt patientenkät till att utveckla framtida patientutbildningar och arbetet på livsstilsmodtagningen.

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.

- Att fortsätta lyfta uppdaterade PM och statistik på APT, läkar-och sjuksköterskemöten
- Att se till att nyanställda får ta del av PM som en del av intro på arbetsplatsen
- Fortsatt utveckla livsstilsmodtagningen på enheten.

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 förbättringsarbeten.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.

