

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Diabetes*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Gallerian	
Verksamhetschef Michael Craftman	Verksamhetschefens e-post michael.craftman@kry.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 forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023. 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 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024. 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: Naramsin Kerimo
Profession: ST-läkare
E-post: naramsin.kerimo@kry.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 kan ni rent praktiskt involvera era patienter för att influera själva 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.
A: Saleha Haidarova, diabetessköterska/distriktssköterska, Michael Craftman, allmänspecialist/verksamhetschef.

B: Vi har bjudit in patienter till diabetesskola med vår dsk/diabetessköterska som är utbildad i MI för att kunna involvera patienterna. Vi har även bjudit in patienter att ingå i ett forskningsprojekt där vi har delat ut sensorer från Abbott där man kunnat övervaka sina blodsockervärden elektroniskt, vilket föll väl ut med ökat intresse och engagemang för sin sjukdom. Vi har infört 6 månaders kontroller, eller oftare för de som behöver det.

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?

Vi har tittat igenom våra patienter med diabetes typ 2 och deras nuvarande behandling. Vi vill öka andelen som behandlas med lipidsänkande läkemedel och sätta individuella LDL mål baserat på kardiovaskulär risk. Detta vill vi göra för att förbättra patienternas generella hälsa och minska risk att insjukna i kardiovaskulär sjukdom.

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, förbättra lipidnivåer och minimera risk för kardiovaskulära händelser.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vi vill att alla våra patienter med diabetes typ 2 ska få rätt information/utbildning avseende behandling med lipidsänkande läkemedel. Få rätt individuellt LDL mål uppsatt baserat på anamnes och riskfaktorer.

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: Nystartad vårdcentral sedan ca 2,5 år

1.1:
1.2:
1.3:

2: Nyligen övergått till nytt journalsystem (TakeCare) november 22.

2.1: Bl.a gå igenom alla listade patienter med diagnos Medrave, se över nuvarande behandling och LDL nivåer.
2.2:
2.3:

3: Omsättning av personal, inte alla uppdaterade i samtliga riktlinjer

3.1: Utbilda personal på vårdenheten, uppdatera ang mål, användning av SCORE.
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	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med DM2 som har statin behandling.</i>	50%	160223	70%	Medr ave	januari 2024
Indikator 2	<i>Andel patienter med DM2 som uppnår LDL mål <2,6</i>	40%	160223	70%	Medr ave	Januari 2024
Indikator 3						<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2023</i>

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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Steg 9 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-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?

Beskriv här övergripande hur ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar.

1: Sätta upp plan inom gruppen,

2: Informera kollegor och utbilda om målen på APT, användning av SCORE2 vid insättning av statin och LDL mål.

3: Vid varje kallelse av diabetessköterska se över nuvarande behandling, informera ansvarig läkare vid följande besök/årskontroll kring ev avsaknad av statin.

4: Printa ut SCORE mallar att ha i samtliga behandlingsrum.

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

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2023 del 1 och skicka in senast 28 februari 2023 till: forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

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

A. 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**

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Om ni använt mallar för PGSA så kan ni skicka in dom som bilaga.

Vi har sedan vi drog igång vårt förbättringsarbete lagt mycket tid av arbetet till att främst kartlägga vår situation, hur läget såg ut med våra patienter avseende LDL nivåer och statinbehandling. Vi har då valt inhämta data från Medrave i första hand.

Vi har därefter presenterat utgångsläget för samtliga personalkategorier, informerat om vad och varför vi valt just detta ämne. Vi visade upp regionens mål avseende LDL och statinbehandling för diabetiker. Här valde vi initialt att använda oss av SCORE2 för att räkna ut den kardiovaskulära risken för att på ett väldigt smidigt sätt kunna få en uppfattning. Valet föll på SCORE2 då det lätt kan visas upp för patienter under ett besök på ett pedagogiskt vis där det lätt går att få en förståelse utan att behöva mata in massa information.

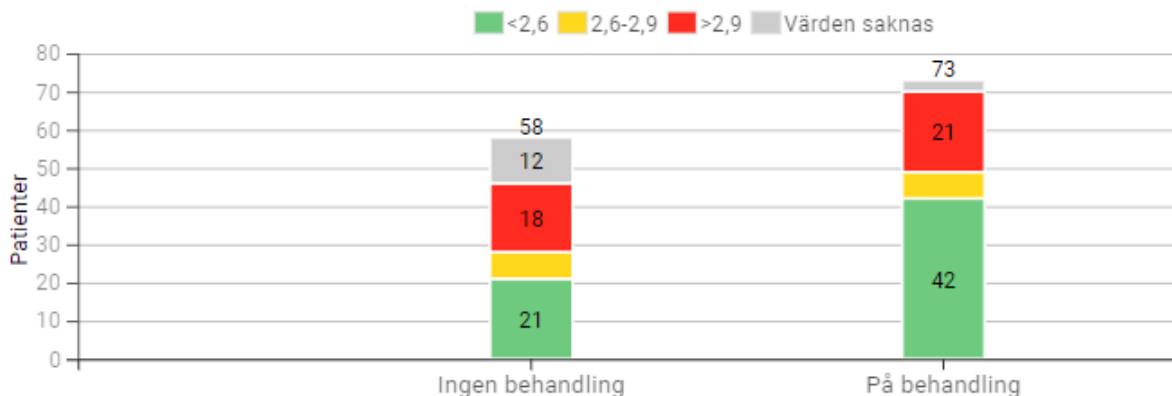
Då vi har infört att vi träffar våra diabetiker med 6 månaders mellanrum, ena gången till läkare och sedan till dsk och vi har vid flera tillfällen att till exempel fånga upp nylistade patienter som inte uppnår målen eller saknar statinbehandling. Vi valde även att inför rutin där vår diabetessköterska som del av hennes besök går igenom att lipidproverna är tagna, om de är avvikande eller om patienten saknat statinbehandling. Om så var fallet skrivs ett meddelande till ansvarig läkare via TakeCare där hen tar ställning till eventuell åtgärd.

Vi har även infört diabetesrond varje vecka där vi diskuterar våra mest "komplexa" fall, många saker har då fångats upp där som t.ex missats tidigare.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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:**

Användning av blodfettsänkande lm



	Indikatornamn	Start-läge (% eller antal)	Datum/ period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/ period för resultat-värdet
Indikator 1	Andel patienter med DM2 som har statin behandling.	50%	160223	70%	67,5%	Medrave	Januari 2024
Indikator 2	Andel patienter med DM2 som uppnår LDL mål <2,6	40%	160223	70%	51%	Medrave	Januari 2024
Indikator 3							
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:
Vi har under 2023 ökat förskrivning och insättning av statiner till våra diabetiker men ännu inte helt uppnått de uppsatta målen. Att andelen som inte helt uppnår mål på LDL <2,6 beror till stor del att många har blivit insatta på statiner under året och då inte hunnit lämna kontrollprover, uteblivit från besök, inte hämtat ut mediciner.
Vi har även efter noggranna journalgenomgångar och statistik i Medrave bl.a hittat 16 patienter som är registrerade att de ej har någon statinbehandling samt 4 patienter där det står att de ej uppnår mål LDL <2,6 fastän de gör det.

Slutreflektion
Vad har ni lärt er? Vi har under året visat att det genom att samarbeta och sätta upp mål och planer går att vidta förändring på en arbetsplats. Vi har även ökat kunskapen kring diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt kring fått förståelse för blodfetternas betydelse för sjukdomar.
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 att patienterna har fått vara involverade i form av t.ex diabetesskola och regelbundet träffa antingen dsk och läkare var 6e månad har vi kunnat få höra deras åsikter och samla in information. Arbetet har på det stora hela handlat om att förbättra våra diabetikers hälsa och kunskaper om sin grundsjukdom och associerade tillstånd. Genom att ge information till patienterna vid besöket, t.ex genom statistik och motiverande samtal har vi försökt få patienterna att bli mer motiverade och involverade i sin egna behandling genom t.ex att vidta livsstilsförändringar, hämta ut förskrivna läkemedel och äta mer hälsosamt m.m.

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.

Vår plan är att fortsätta på samma sätt, vi har sett att vi kan bidra till förbättrad vård för våra diabetiker. Vi vill förbättra resultatet och den generella hälsan för våra patienter, så att den förbättras.

D. Döp denna fil till: 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