

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

Kry Haga Diabetes del 1 och 2.

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Kry Vårdcentral Haga

Verksamhetschef

Lindita Dautovic

Verksamhetschefens e-post

Lindita.dautovic@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 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 del1 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:Christina Segerholt

Profession:Specialist i allmänmedicin

E-post:christina.segerholt@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 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:Lindita Dautovic verksamhetschef,ssk. Nicholas Gharehdaghi specialist i allmänmedicin.

Jessica Hurtado ssk . Saleha Haidarova dsk.Agneta Myhr

Elena Pustozero dsk .Nancy Andersson ssk.Linda Nordberg ssk.

B:Vi tänker involvera patienter med frågor som hur ofta önskas uppföljning, vill man bli kallad till årsbesök,hur värdefullt är MI-samtal med ssk/diabetes-SSK. FaR-recept.Enkät/App om/ för patientnöjdhet

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?

Kry Haga är en relativt nyöppnad vårdcentral i centrala Stockholm. Pga nystart, en del personalomsättning har vi inte kunnat erbjuda våra listade patienter ett fullvärdigt omhändertagande vad det gäller framför allt diabetes-kontroller och möjlighet att optimera läkemedelsbehandling. En del av våra patienter har varit listade på andra vårdcentraler och pga tex Covid eller längre väntetider på enskilda VC har patient inte genomgått sedvanlig medicinsk bedömning och i vissa fall har bara läkemedel förnyats på vår enhet utan kontroll av blodprov som HbA1c då man antagit att det redan gjorts av annan vårdgivare. Vissa patienter har dock haft kontakt med specialistmottagning och de patienter vi fokuserat på är de med diabetes typ 2.

Naturligtvis har vi i samband med kartläggning av diabetes-patienter även adresserat mål-blodtryck och har för avsikt att även optimera hypertoni -behandling vb samt mål för blodfetts-behandling.

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 patienter, optimera behandling och uppföljning. I samband med detta även kontroll av blodtrycks-mål och optimala blodfetter.

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 förbättra omhändertagandet av våra patienter med diabetes typ 2 med mål som god kontroll av glucosnivåer, blodtryck och blodfetter. Vi vill med detta kvalitets-arbete nå Socialstyrelsens mål för HbA1c, blodtryck och blodfetter med hjälp av bättre kontinuitet, individuella behandlingsplaner och den sammanlagda kunskap som vår personalgrupp kan erbjuda.

Vi har nu tillgång till PrimärvårdsKvalitet och har genomgått Rave-utbildning och med stöd av APC-kunskapsteam hoppas vi att nå våra mål.

Dessutom gott stöd i diabetes-mallar som vi nu kan använda då även vi arbetar i journalsystemet Take care.

Vår inventering av diabetes-patienter började redan 2021-09-19 till 2022-09-18 mha Medrave4. Då hade vi inte tillgång till GUPS, PvK men NDR.

Vi valde diagnos diabetes (E11-E14) listade och olistade patienter, bägge könen, alla åldrar inkluderade och detta generade 33 patienter.

Av dessa patienter var det några utan HbA1c. En del med HbA1c över 70. En del patienter hade inte träffat ssk trots behov.

Samtliga patienter utan HbA1c fick ta blodprov inkl blodfetter och bokades till läkare.

Patienter med HbA1c 70 och över bokades till ssk och läkare. Blodtryck optimerades vb.

Ssk kunde sedan boka tillbaka patient till läkare efter samtal med patient om motion, kost mm.

Vi kan naturligtvis ändra patienturval från jan -2022 när vi nu har större antal listade patienter. (ca 4000).

Beroende på återkoppling från er kommer vi att ta ut patientunderlag för att jämföra men med samma mål som ovan men välja start under 2023.

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/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Sämre kontinuitet i personalgrupp.

- 1.1: listade pat på PAL
- 1.2: Diabetes-ansvarig ssk./dsk.
- 1.3: Rond om svåra patientfall.

2: Flera olika journalsystem, info hittas inte. Patient listad på annan Kry VC men vård på Kry Haga.

- 2.1: Nu har vi Take Care så lättare.
- 2.2: Ssk journal nu lätt att nå.
- 2.3: Omlistning.

3: Tidspress, att leta efter tex lab-värde ej effektivt.

- 3.1: Provtagning innan besök.
- 3.2: Flera besök hos ssk innan PAL.

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/verktyslada-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 (% 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 typ där HbA1c tagits under 2023</i>	91 %	2023-01-01	95 %	Med-rave	<i>Juni 2023</i>

Indikator 2	<i>Andel Patienter med HbA1c som är mindre än 52</i>	69 %	2023-01-01	95 %	Medr ave	<i>Juni 2023</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter med HbA1c över 70</i>	9 %	2023-01-01	95 %	Medr ave	<i>Juni 2023</i>
Indikator 4	<i>Andel patienter med blodtryck mindre än 140/85</i>	47 %	2023-01-01	95 %	Med- rave	<i>Juni 2023</i>
Indikator 5	<i>Andel pat med LDL mindre än 2,5</i>	19 %	2023-01-01	95 %	Med- rave	<i>Juni 2023</i>

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-forbattringstrappa/>

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.

Planera med samtliga i personalen om hur nå mål.

Delge på APT eller på anslagstavla hur vi ligger till. Diagram som synliggör progress.

Samla återkoppling från patienter/enkät.

Gemensamma ronder med flera personalkategorier.

Kontinuerlig utvärdering om byta plan ,hur personals arbetsinsats har ändrats,tidsåtgång 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:
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

Nu har vi ca 7000 listade patienter.

Vi har haft kontinuerliga rapporter på APT angående progress av våra insatser. Olika vårdkategorier deltar. I adm-rummet har vi en white-board där alla kan se mål och resultat.

-kallelsesystem där vi dragit ut listor från Medrave där man hitta patienter som har HbA1 >70.

-att lägga in målvärde HbA1c i diabetesmallen.

- öka patientinformation,engagemang, psykolog vb ,motiverande samtal hos de som har MI-utbildning.
- öka antal besök hos diabetes-ssk för att optimera behandling.
- rond mellan läkare och ssk för om de patienter som är i behov av extra info, optimera beh mm.
- patient erbjudes fysio-terapi och FaR.
- kallelselista för patienter med hypertoni med provtagning innan inbegriper även kontroll av blodsocker .(hitta pre-diabetiker).

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	Start-läge (% eller antal)	Datum /period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	Andel Patienter med Diabetes typ där HbA1c tagits under 2023	91 %	Juli-23	95 %	89 % 6 = ej prov 53 antal pat	Medrave	Januari-2024
Indikator 2	Andel Patienter med HbA1c som är mindre än 52	69 %	Juli-23	95 %	66 % 35 av 53 pat	Medrave Väntelista	Januari-2024
Indikator 3	Andel patienter med HbA1c över 70	9 %	Juli-23	95 %	6 % 3 av 53 patienter	Medrave	Januari-2024
Indikator 4	Andel patienter med blodtryck mindre än 140/85	47 %	Juli-23	95 %	64 %	Medrave	Januari-2024

Indikator 5	<i>Andel pat med LDL mindre än 2,5</i>	19 %	Juli-23	95 %	23 %	Medra ve	Januari-2024
--------------------	--	------	---------	------	------	----------	--------------

Övriga kommentarer: med

Vi beslutade att genomföra vårt kvalitetsarbete med att dela upp vår mätning i två perioder dvs halvårsvis, för att kunna få ett mer rättvist underlag för att kunna urskilja data som indikerar om våra insatser har gett positivt utfall. I de delar av mottagningens arbete som vi kunnat optimera har vi utnyttjat tvärprofessionellt kompetens ex, diab-ssk-mottagning.

Vi har nu 53 patienter med diabetes typ II.

De patienter som inte når målen, har vi för avsikt att kalla igen.

Två patienter är äldre-äldre och vi kommer inte pressa deras behandling.

Vi har kallat patienter som inte haft optimalt blodtryck.

En del av patienter står på blodfettsänkande behandling, men ej tagit prov. Vi kommer att kalla dessa på nytt.

Vi har ökat i listning, vilket har påverkat antal patienter med diagnos diabetes typ 2 och hypertoni som inte ännu har kallats.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

En liten insats är alltid bättre än ingen. Vägen till målet är kortare och roligare om personal och patient får vara delaktig.

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?

Ge patient möjlighet via chatt –funktion att förmedla sin upplevelse av sin diagnos, behandling och bemötande.

Vilken kallelse och uppföljning som fungerar bäst.

Information i väntrum om FaR, psykologkontakt.MI-samtal(motiverande samtal hos ssk).

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.

För att framöver bibehålla god vård och kontinuitet för patient med diabetes typ II, högt blodtryck och blodfetter kommer vi att ha ett kallelse-system.

Till detta ett provtagnings-kit som patient tar innan besök till ssk.

Ronder med ssk,läkare samt att presentera kluriga fall på tvär-professionella möten på VC.

Minska dubbel-arbete ,alltid boka besök till ssk innan läkare.

Månatlig uppdatering på white-board och APT.

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.