

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry VC Sundbyberg	
Verksamhetschef: Matilda Ardelius Holmberg	Verksamhetschefens e-post matilda.ardelius@ad.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 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: Dorothea Koumantzia Profession: Distriktsläkare E-post: dorothea.koumantzia@ad.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 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: Dorothea Koumantzia DL Laila Oraibi ST-läkare Natali Nadjati Gilani diabetessköterska
B: Vi anser att förbättringsområden vi har valt är områden där patienterna har mycket att vinna om vi lyckas åstadkomma en förändring. Vi har inte involverat patienterna i valet av förbättringsarbetet eller fått signaler från patienterna att något bör förändras i diabetesvården.
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?

Diabetes är en av de stora folksjukdomarna i Sverige. Okontrollerad diabetes leder till försämrad livskvalitet och ökad risk för komplikationer bland annat hjärt-kärlkomplikationer. Målet med diabetesbehandling är att undvika symptomgivande hyperglykemi och minska risken för mikro-och makrovaskulära komplikationer.

Vi ser i Medrave m4 att på Kry Vårdcentral Sundbyberg under perioden 220101-221231 finns det 563 listade patienter med diabetes mellitus typ 2, varav 42,5% har någon form av diabeteskomplikation. SGLT-2/GLP-1 analoger minskar risken för kardiovaskulär död/ny kardiovaskulär händelse hos diabetiker med manifest hjärt-kärlsjukdom och bör enligt Socialstyrelsens rekommendationer erbjudas i denna patientgrupp. Denna rekommendation är relativt ny. Vi ser att 39% (42/107) av våra diabetiker med manifest hjärt-kärlsjukdom står på något av dessa läkemedel. Vi anser att det föreligger en underförskrivning av GLP-1 analoger/SGLT-2 hämmare i denna patientgrupp, varför det finns utrymme att öka förskrivningen.

Många patienter med diabetes mellitus typ 2 har samtidigt övervikt/fetma. Viktminskning har påvisad positiv effekt mot diabetes och kan i vissa fall leda till remission av diabetes typ 2. Vi ser i Medrave m4 att 24,3% (137/563) av våra diabetiker har BMI > eller lika med 30. Hos 22,3% (126/563) av patienterna saknas BMI. Vi önskar minska andel diabetiker med fetma genom att aktivt arbeta med denna patientgrupp.

Vi ser i Medrave m4 att på Kry Vårdcentral Sundbyberg under perioden 220101-221231 finns det fåtal patienter med HbA1c över 70(6,6%) men ganska många patienter (9,4% eller 53/563) med HbA1c 60-70. Hos 34% (18/53) av patienter med HbA1c 60-70 har man dokumenterat målvärde HbA1c. Hos de flesta patienter som man har dokumenterat HbA1c har man satt ett målvärde < 60. Därför anser vi att det finns utrymme att arbeta mer aktivt med denna patientgrupp och minska andel patienter med HbA1c 60-70.

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/verktygslada-forbattringsstrappa/>

Formulera här era mål:

-Minska andel patienter med HbA1c 60-70 med minst 50%

-Minska andel patienter med BMI =>30 med minst 10%

-Öka förskrivning av GLP1 analoger/SGLT-2 hämmare hos patienter med diabetes och manifest hjärt/kärlsjukdom med minst 20%

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: BMI saknas hos ca 1/5 diabetiker, få patienter med BMI=>30 har fetma diagnos.

1.1: diabetes-ssk ser till att räkna ut BMI och vid BMI=> 30 erbjuder rådgivande samtal om kost/motion samt remiss till dietist i samband med årsbesöket
1.2: läkaren ställer fetmadiagnos och tar ställning till GLP-1 analog/ remiss för obesitaskirurgi
1.3: bättre kommunikation mellan diabetes-ssk och ansvarig läkare som får påminna varandra om ovanstående åtgärder (1.1, 1.2)

2: Ingen ställningstagande till GLP1 analog/SGLT-2 hämmare av olika skäl t ex tillfredsställande HbA1c, hög ålder, ekonomiska skäl, okunskap

2.1: genomgång av Socialstyrelsens rekommendationer i läkarmötet
2.2: diabetes-ssk identifierar patienter med manifest hjärt-/kärlsjukdom som inte har fått GLP1 eller SGLT-2 hämmare och pratar med ansvarig läkare
2.3:

3: Många patienter saknar HbA1c mål

3.1: Läkarna uppmanas att sätta HbA1c-mål i samband med årsbesök
3.2: diabetes-ssk arbetar mer aktivt med de patienter som har HbA1c 60-70
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 ”balanserande 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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Minska andel patienter med HbA1c 60 -70	57	220101	<29	Medrave	231231
Indikator 2	Andel patienter med manifest hjärt-/kärlsjukdom som har GLP1analog/SGLT-2 hämmare	48/113 (42,5%)	220101	>62,5%	Medrave	231231
Indikator 3	Andel patienter med dokumenterat BMI=>30	143/447 (32%)	220101	<28,8%	Medrave	231231

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?

Personalen informeras om pågående kvalitetsarbete och förbättringsområden som har valts ut. Diabetes-ssk tar fram lista med diabetiker som har HbA1c 60-70 och erbjuder extra besök. Diabetes-ssk ser till att räkna ut och dokumentera BMI i samband med årsbesök, erbjuder rådgivande samtal om livsstilsvanor och vid behov remiss till dietist vid fetma. Läkaren tar ställning till GLP-1 analog/ remiss för obesitaskirurgi hos patienter med fetma. Diabetes-ssk skickar TC-meddelande eller bokar administrativ anteckning hos ansvarig läkare om läkaren glömt att ta ställning till GLP-1 analog. Om ansvarig läkare är på långtidsledighet (tex ST läkare på sidotjänstgöring) pratar diabetes-ssk med handledaren. Läkaren tar ställning till GLP1 analog/SGLT2 hämmare i samband med årskontroll. Diabetesansvarig läkare påminner läkarna om aktuella riktlinjer. Diabetes-ssk skickar TC-meddelande eller bokar administrativ anteckning hos ansvarig läkare om läkaren glömt att ta ställning till SGLT2 hämmare /GLP-1 analog. Om

ansvarig läkare är på långtidsledighet (tex ST läkare på sidotjänstgöring) pratar diabetes-ssk med handledaren.

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:
forbattringsarbeten.apc.sls@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**

Vi har presenterat arbetet vid läkarmötet där vi har gått igenom vårt mål och påmint om att ta ställning till att lägga till SGLT2-hämmare och GLP1-analoger.

Vi har diskuterat med läkarna att vara extra uppmärksam på patienter med BMI $\geq$ 30, ta ställning till behandling och se till att de bokar ett sjuksköterskebesök för rådgivande samtal.

Vi hade två diabetessjuksköterskor, varav en av dem slutade mitt i arbetet. Detta ledde till att arbetet inte utfördes i samma takt som vi hade tänkt.

Under våra diabetesmöte diskuterade hur vi ska följa resultaten. Det var inte möjligt att följa upp resultaten via Medrave av flera anledningar. Till exempel, när det gäller mål 1, eftersom patienter med HbA1c över 70 och under 60 kan ha hamnat i denna grupp under studiens gång, går det inte att utvärdera förbättringen enbart genom siffran för antalet patienter i denna grupp i Medrave. Därför har vi valt att granska journalerna för dessa 57 patienter, vilket visar att 24 patienter har nått HbA1c under 60. Detta motsvarar en minskning på 42,1%. Målet för denna punkt, en minskning med minst 50%, har inte uppnåtts.

När det kommer till mål 2 har vi också genom journalgranskning kunnat mäta resultaten. Av 596 patienter har vi 447 patienter med dokumenterat BMI. Av dessa har 304 patienter ett BMI under 30, och 143 patienter har BMI $\geq$ 30. Genom journalgranskning har vi gått igenom dessa 143 patienter. Där har vi noterat att 17 av dessa patienter har hamnat på BMI under 30, vilket gör att vi har åstadkommit en minskning på 11,8 procent. Målet är uppfyllt på denna punkt. I målbeskrivningen siktar vi målet mot patienter med BMI $\geq$ 30. Därför har vi inte granskat patienter med BMI <30 som möjligen har hamnat på BMI $\geq$ 30. Vår målgrupp är endast patienter som hade BMI $\geq$ 30 från början.

När det kommer till mål 3 har vi också genom journalgranskning kunnat mäta förbättringen. Här kan vi inte heller fånga upp förbättringen via Medrave, eftersom av de 48 patienterna som redan har haft behandling kan det ha förekommit avhopp på grund av restnoterade mediciner som Ozempic eller av andra orsaker. I denna grupp (patienter med diabetes och manifest hjärt- och kärlsjukdom) har vi 113 patienter, varav 48 redan står på GLP1-analoger/SGLT2-hämmare. Vi har granskat journalen för de 65 patienter som inte har haft något av dessa preparat. Där har vi förskrivit något av dessa preparat för 21 nya patienter, vilket gör att vi har ökat förskrivningen med 18,5%. Dock har vi inte uppnått målet med en liten marginal.

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	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
--	---------------	---------------------------	----------------------------	---------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------------

Indikator 1	Minska Andel patienter med HbA _{1c} 60-70	57	230101	<29	33	Medrave	231231
Indikator 2	Andel patienter med manifest hjärt- och kärlsjukdom som har GLP1-analog/SGLT2-hämmare	48/113 (42,5%)	230101	>62,5%	61,06 %	Medrave	231231
Indikator 3	Andel Patienter med dokumenterad BMI ≥30	143/447 (32%)	230101	<28,8%	28,1 %	Medrave	231231

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

-kontinuerlig utbildning för läkare och diabetessjuksköterska gällande de nya diabetesläkemedel har ökat personalens kompetens och gjort det lättare för dem att fatta beslut när de kommer till hantering och behandling.

-Under år 2023 skapade vi en väntelista där patienterna kallas för årskontroll. Detta gjorde att vi kunde identifiera patienter med dålig metabolisk kontroll. Vi betonade vikten av att ha en väntelista för att undvika att tappa bort patienterna.

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 förklara diabeteskomplikationer på ett pedagogiskt sätt fick patienterna information om de nya diabetesläkemedlen. Detta motiverade dem att prova dessa läkemedel. Ibland noterades det att patienterna hade en positiv inställning till att påbörja behandling med de nya läkemedlen, men kostnaden utgjorde en barriär.

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 kommer att fortsätta med målen under 2024. Vi kommer att fortsätta att kalla in patienter enligt vår väntelista, och vi kommer att kalla in patienter med dålig metabolisk kontroll på extra besök. Vi kommer att arbeta på att bli bättre på att dokumentera HbA_{1c}-målvärde samt beräkna och dokumentera BMI.

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.