

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Rinkeby Vårdcentral	
Verksamhetschef Havise Koyuncu	Verksamhetschefens e-post Havise.koyuncu@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: Amani Elagbash
Profession: MLA
E-post: amani.elagbash@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 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: Safia Adhan – Specialist diabetes Ssk/Distriktsköterska

B: Sara Karlsson – Medicinsk sekreterare

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/vertygslada-forbattringstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/vertygslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Rinkeby Vårdcentral har 8900 listade med cirka 674 med diabetes typ 2. Syftet med detta förbättringsarbete är att förebygga komplikationer i samband med diabetes. Behandling och mötet med diabetesteamet ska kunna förbättra blodsockervärde och minska komplikationer.

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.

Patienten med diabetes typ 2 har ökad risk för att dö av kardiovaskulära sjukdomar och andra relaterade komplikationer, Genom att öka antalet patienten som når målet i HbA1c, LDL och blodtrycket minskar risken med komplikationer betydligt.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

- Öka antalet patienten som ligger under eller lika med 52 mmol/mol vilket minskar risken med komplikationer. Sätta in behandling i samråd med patienten och patientens ekonomiska förutsättningar.
- Öka antalet patienten med LDL under 2,5 mmol/l. Detta görs genom **samtal** och ev. behandling.
- Ökar antalet patienten med Blodtrycket under 130/80. Detta görs genom samtal och ev. behandling.

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/>

Många diabetespatienter i proportion till antal listade
Dålig följsamhet hos patienten både för mätning av blodsocker och mediciner
Dyra diabetes mediciner som patienter inte kan köpa

Täta kontroll hos diabetes Ssk
Insättning av diabetes mediciner i samråd med patienten, specifik vid dyra mediciner.
Team arbete mellan diabetes ssk, ansvarig läkare och medicinsk fotsjukvård.
Förbättra/Fördela rutiner bra så att patienten som ligger bra i värden inte behöver komma till DAS. Ska kunna ha mer tid för de som ligger sämre.

Fördröjning av insättning av lipidsänkande. Patienten vill ofta avvakta med läkemedelsinsättning.
Läkare följer inte riktlinjer gällande lipidsänkande behandling

Öka insättning av lipidsänkande mediciner för diabetespatienten med LDL över 2,5 mmol/l.
Tydlig information om lipider och lipidsänkande läkemedel. Både effekt och bieffekt.
Diabetes kvalitetsgrupp ska vara med på läkarmöten och presenterar statistik från NDR.
Interna utbildningar

Dålig följsamhet till behandling. Läkare följer inte riktlinjer gällande hypertoni behandling

Tydliga informationer om sjukdom och vikten av behandling.
Följa de nationella riktlinjerna gällande hypertoni behandling och sätta in två behandling redan från diagnossättning.

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-forbattningstrappa/>

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 processmåttarna 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	Öka andel patienter med diabetes typ 2 som har HbA1c under 52 mmol/mol	48,3 % av patienten har HbA1c under eller lika med 52 mmol/mol	230101	60 %	NDR	240101
Indikator 2	Öka andel patienter med diabetes typ 2 som har LDL under eller lika med 2,5 mmol/l	61,9% av patienten har LDL under eller lika med 2,5 mmol/l	230101	65 %	NDR	240101
Indikator 3	Öka andel patienten med diabetes typ 2 som har blodtrycket under eller lika med 130/80	51,5 % av patienten har blodtrycket under eller lika med 130/80	230101	60%	NDR	240101
Indikator 4						T.ex. dec 2023
Indikator 5						T.ex. dec 2023

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 verktuget 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.

- Årskontroll hos DAL. och ½ årskontroll hos DAS sex månader senare. Täta och regelbunden uppföljning för patienter med dålig glykemisk kontroll hos DAS.
- Blodtryckskontroll vid årskontroll besök
- Provtagning LDL bör tas en gång/år
- Läkemedel insättning vid LDL värde över 2,5 mmol/l. 1,8 mmol/l vid risk för kardiovaskulära sjukdomar
- Diabetes mediciner sätts in i samråd med patient där patientens ekonomiska förutsättningar tas hänsyn till.
- Arbeta i team/ kvalitetsgrupp, informera och involvera all personal så att alla arbetar mot samma mål.

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?

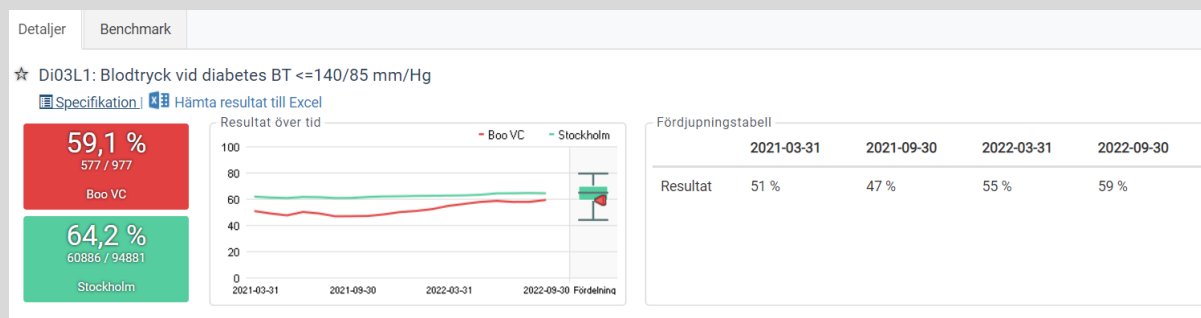
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bilfogas

Diabetes Ssk och ansvarig diabetesläkare arbetar i team:

- Presenterar och följer upp statistik från NDR
- Regelbundna möten i diabeteskvalitetsgrupp
- Tåta uppföljningar av diabetespatienter med bristande glykemisk kontroll.
- Diabetes ssk använder empowerment metod för att motivera patient till bättre hälsa

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 med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Här kan ni klistra över från del 1 Öka andel patienter med diabetes typ 2 som har HbA1c under 52 mmol/mol	48,3 % av patienterna har HbA1c under eller lika med 52 mmol/mol	230101	60 %	49,9 %	NDR	20240101

Indikator 2	Öka andel patienter med diabetes typ 2 som har LDL under eller lika med 2,5 mmol/l	61,9% av patienten har LDL under eller lika med 2,5 mmol/l	230101	65 %	61,6 %	NDR	20240101
Indikator 3	Öka andel patienten med diabetes typ 2 som har blodtrycket under eller lika med 130/80	51,5 % av patienten har blodtrycket under eller lika med 130/80	230101	60 %	43,1 %	NDR	20240101
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2023</i>

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss om hur viktigt det är att ha ett fungerande diabetesteam med både läkare, DSK och fotvård. I flera månader hade vi inte haft diabetes Ssk. Att ha statistik som underlag för arbete med diabetespatienter. Subjektivt tror man att man har gjort bra jobb men statistiken kan visa annorlunda. Engagera patienten i val av behandling gällande ekonomiska försättningar, informerar patienter om behandling och dess biverkningar för att öka följsamhet hos patienter. Att följa upp nationella riktlinjer och de lokala rutinerna. Ta upp dessa på läkarmöte och vid kvalitet diabetesgruppträff.

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?

Att involvera patienter och ta hänsyn till patientens ekonomiska förutsättningar när behandling initieras

Att det viktigt med tydlig information om både sjukdom och behandling

Att ha kontinuitet i vården upplevs som viktig hos patienter men också vårdgivare

Att patienter behöver upprepande utbildning om sin sjukdom och behandling

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.

Plan är att fortsätta arbeta i team och ha regelbundna möten

Jobbar med NDR och Medrave. Presenterar statistiken på APT och läkarmöte med möjlighet till feedback

Involvera pat i sin vård. Försäkra att pat har tillräcklig kännedom om sin sjukdom, möjligen utbildning i grupp via diabetessköterska.

Ändring i arbetssättet gällande årskontroll pat med god glykemisk kontroll. Dessa kan träffa läkare en gång per år. Detta för att frigöra mer tider så att diabetessköterska har mer tid för dem som har högt HbA1c. Tiderna ägnas åt utbildning kring sjukdomen och för tätare uppföljning av medicinering.

Tidigare kallade vi alla diabetiker 2ggr/ år, ena gången till läkare och andra gången till diabetessköterska.

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.