

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Solna HLM i Frösunda	
Verksamhetschef Marianne Hanna	Verksamhetschefens e-post Marianne.hanna@solnahlm.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: Marianne Hanna, Profession: DL, Verksamhetschef Solna HLM i Frösunda. E-post: marianne.hanna@solnahlm.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: Namn: Elisabeth Di Francesco Profession: Diabetes DSK

B:

Man kan dela senaste rekommendation från janusinfo för patienter med risk att utveckla hjärtkärlsjukdomar,

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/verktyglada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Året 2022 har vi jobbat med diabetes skola och motiverande samtal där 31 patienter fick delta för att erhålla verktyg och uppnå bästa möjliga behandlingsnivå.

Enligt primärvårdskvalitet har endast 43,9% av våra diabetes patienter statin. Det är mycket lägre än snittet i Stockholm som är 64 % .

Enligt Medrave : 42,5% av vår diabetes patienter ligger över 2,9 i LDL år 2021, 30,5% under 2,6. 31,8% ligger över 5 på total kolesterol och 20,6% under 4 på total kolesterol

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 mellitus med hyperlipidemi”

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:

Statinbehandling minskar kardiovaskulär morbiditet och mortalitet vid primär och sekundär prevention hos individer med hög risk för hjärt-kärlhändelse. Den absoluta riskreduktionen är större vid sekundär prevention. Behandlingsmålen i de senaste europeiska riktlinjerna har sänkts och går nu från LDL <2,6 mmol/l vid måttlig kardiovaskulär risk till LDL <1,4 mmol/l vid mycket hög risk.

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: Brainstorming

1.1: Listor på patienter som inte står på statiner och har LDL > 2,6
1.2: motiverande samtal via DSK
1.3: mediciner via husläkare

2: Kartläggning av nuläget

2.1: uppföljning / återbesök
2.2: Nya prover
2.3:

3: Målformulering

3.1:
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 ”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 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	Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner	43,9%	20230131	53%	Medrave	<i>T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter med diabetes med LDL <2,6</i>	30%	20221231	40%	Medrave	<i>T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter med diabetes med total kolesterol >5</i>	31,8%	20221231	22%		<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 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-forbattringstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Går genom våra diabetes lista och ha koll på patienter med hyperlipidemi LDL > 2,6
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills? Står på patienter på statiner? Om nej varför? Har de haft motiverande samtal? Hjärtkärlsjukdomar?

- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänk? Pat kan följas upp med provtagning och återbesök, uppföljning för compliance och diskutera ev biverkningar
- Säg 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?

Diabetiker lämnar prover en gång om året inför möte med sin diabetes DSK / husläkare, motiverande samtal om lipidsänkande och nya riktlinjer samt insättning av Statiner med uppföljning om några veckor samt provtagning för uppföljning och ev dosökning

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.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**
 Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bilfogas

Hos diabetessköterska har patienten i samband med årligt besök gällande diabetes då man kontrollerar årsproven vid diabetes ingår fS-Triglycerider, S-Kolesterol, S-HDL-Kolesterol, S-LDL-Kolesterol.

Vid besök hos diabetessköterska gällande information / uppmärksamhet kring kolesterolvärden
Genomgång av kost

Patienten tillfrågas gällande hur en dag ser ut gällande kost och det nedtecknas i journalen under **Rubriken "Levnadsvanor"** där noteras vad patienten äter till Frukost, Lunch, Middag, eventuella mellanmål, vad patienten dricker till måltider och under dagen samt övrig information angående kost tex allergier, intoleranser eller kost som patienten föredrar eller ej tycker om.

Därefter tillfrågas patienten gällande hur ofta patienten äter

Grönsaker och rotfrukter

Frukt och bär

Fisk eller skaldjur

Sötsaker

Kostindex

Patenten tillfrågas gällande övriga "Livstilsparemetrar" såsom Rökvanor, Snusvanor, Alkoholvanor, Vardagsmotion/ Fysisk träning.

Patienten erhåller **kopia på Labsvar**. Information/genomgång kring aktuella Kolesterolvärden samt information gällande det "goda" respektive "onda" kolesterolet samt referensområden kring olika "riskfaktorer" önskvärda målområden vid diabetes samt tex hjärt/kärl och "friska" patienter. Vid diabetes nedtecknas dessa områden bredvid patientens egna kolesterolvärden på dennes lablista. Diabetessköterskan berättar vid samtalet och genomgången av kolesterolvärden var i kosten man kan "finna" det goda och onda kolesterolet samt vad som kan "hjälpa" kolesterolet tex mycket grönsaker, fiberrika kolhydrater, fysisk aktivitet och vardagsmotion etc.

Diabetessköterskan samtalar med patienten om att ibland "räcker det inte" med livsstillsåtgärder för att förbättra kolesterolvärden, att trots att patienten gör ett "bra jobb" så vill kroppen "något annat" tex beroende på andra riskfaktorer (metabola syndromet), genetiken/ärfthlghet. Då behövs det ibland medicinsk behandling för kolesterol och att detta även är förebyggande för framtida risker såsom hjärtinfarkt och stroke. Diabetessköterskan samtalar om att det finns olika "styrkor" på kolesterolsänkande läkemedel och att patienten och läkaren gemensamt kommer fram till vad som bäst passar patienten.

Diabetessköterskan visar även bilder på "Årsbesöket" (Hjärta, blodkärl, njure, öga, fot, hjärna) till patienten.

Bilden på "kärlen" kan erbjuda patienten en sammanställd bild/ förståelse för konkreta siffror/labsvar, information kring "åtgärder" (kost, fysisk aktivitet, eventuell medicinsk behandling) att "blodkärlen" är fina.

Detta förmodas ge patienten mer motivation att starta/våga "prova på" medicinsk behandling och även uppföljning med nya blodprover/kolesterolvärden efter 3 månader respektive framtida årsbesök.

Patienten informeras om att vid start av medicinsk behandling ge återkoppling till behandlande läkare om det framkommer biverkningar så det kan erbjudas annan/byte av medicinering. Detta för att patienten inte ska "sluta spontant" och förbättra compliance.

Information/Undervisning.

Läkare börjar ofta med den lägsta dos av statiner, i första hand Atorvastatin enligt Kloka Listan, information om ev biverkningar, möjlighet att ringa och boka telefoni, skriva ner målet på LDL och varför, visar några studier, fördelar och nackdelar att ligga bra på LDL.

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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner	43,9% (95)	20221231	53%	46,2% (121)	Medrave 20231231	T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Andel patienter med diabetes med LDL <2,6	30%	20221231	40%	43%	Medrave 20231231	T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året

Indikator 3	<i>Andel patienter med diabetes med total kolesterol >5</i>	32%	2022123 1	22%	27%	<i>Medra ve 20231</i>	<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2023</i>

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Man kan nå målet med täta uppföljningar.

Att patient får träffa ansvarig läkare och diabetes DSK, med förklaring varför man vill nå viss referens, motivering och involvering av patienten. Sätta ny tid för provtagning om 3 månader. Använda broschyrer.

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?

Våra patienter har varit alltid delaktiga och involverade i vården, väldigt pålästa, och motiverade att nå förbättringsnivå. God Compliance,

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 tänkte fortsätta med samma positiva förändringar, flera patienter ska lämna nya prover i början på 2024 för att kontrollera effekten på medicinerna och eventuell doshöjning. Vissa patienter kom inte med då proverna inte syns, lämnat prover via centrum för diabetes eller annat datasystem

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 forbattningsarbeten.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.