

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Tensta vårdcentral	
Verksamhetschef Feryal Messö Bolos	Verksamhetschefens e-post feryal.messo-elias-bolos@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: Jenny Gustafsson Profession: Sjuksköterska, enhetschef E-post: jenny.c.gustafsson@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 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: Elin Olsson, diabetessköterska/distriktssköterska Anna-Lena Wedfelt, diabetessköterska/distriktssköterska Tomas Kurakovas, ST-läkare Helena Karlsson, specialist i allmänmedicin Johanna Bruno, kurator
B: Vi har utformat ett enkelt frågeformulär kopplat till upplevelse av sin sjukdom och förslag på hur vårdcentralen kan förbättra informationen kring sjukdomen. Frågeformuläret är riktad till patienter

med HbA1c över 70 och skall försöka urskönja de områden som skapar störst hinder för patienten att genomföra en livsstilsförändring.

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-forbattningstrappa/>

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?

Befolkningen i Tensta har en hög förekomst av diabetes där siffrorna ligger på 8,5% med att jämföra med Stockholm som på 4,7% (PrimärvårdsKvalitet, 2023-02-20). Utöver att prevalensen är hög så har vårdcentral sämre siffror gällande flera indikatorer.

Indikator (andel med)	Tensta VC 2022	Riket 2022
HbA1c <52	49,1%	59,3%
HbA1c >70	14,1%	7,7%
Blodtryck ≤130/80	35,7%	43,4%
Blodtryck <140/85	55,4%	59,2%
Rökare	21,6%	12%
Andel fysiskt inaktiva	9%	26,9%

(NDR, 2023-02-20)

Vi vet att befolkningen har sämre levnadsvanor och ofta högre prevalens över lag gällande kroniska sjukdomar men vi tror att det går att förbättra dessa indikatorer genom att vi belyser dem.

Data visar på vi har högre procent än snittet av våra patienter med kroniska sjukdomar som fått rådgivning om fysiska aktivitet i Tensta ligger det på 70,6% mot 55% (PrimärvårdsKvalité, 2023-02-21). Denna siffra är bra men har minskat under senaste åren och något som behöver förbättras. Kan eventuellt även visa på behovet att titta på hur vi förmedlar informationen då vi trots höga siffror kring rådgivning ändå har fler patienter med avvikande värden.

Vår dokumentation kring förskrivning och uppföljning av FaR är något som vi även behöver förbättra. Statistiken visar att vi endast dokumenterat med kvå kod DV200 på 21 patienter under 2022 (MedRave, 2023-02-21). Vår uppfattning är att siffra gällande förskrivning av FaR är högre men att vi inte dokumenterar på rätt sätt.

Gällande komplikationer vid diabetes typ 2 så har endast 47,2% inga komplikationer (MedRave, 2023-02-21). Utöver att optimera medicinsk behandling behöver vi förbättra vårt sätt att förmedla kunskap kring sjukdomen sam vikten av livsstilsförändringar, detta för att vi på sikt ska kunna motverka ökat lidande och vårdtyngd.

Har även tittat på samsjuklighet vid diabetes och en övervägande del, 75% av patienterna med diabetes typ2 har även hypertoni (MedRave, 2023-02-21). Detta var väntat men där vi ser ett behov av att inkludera ytterligare professioner är patientgruppen med psykisk ohälsa. 25% av alla med diabetes typ2 har även dokumenterad diagnos gällande psykisk ohälsa (MedRave, 2023-02-21).

Kontinuitetsindex för personer med kronisk sjukdom som träffat sjuksköterska de senaste 18 månaderna ligger endast på 0,23 mot Stockholm som ligger på 0,35. Motsvarande siffra för läkare är 0,23 mot Stockholm 0,42. För att öka följsamhet tror vi att dessa siffror behöver bli bättre och att namngivna kontaktpersoner för multisjuka patienter behöver öka. Endast 8 av 74 patienter med HbA1c över 70 har en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska dokumenterat i journalen (MedRave, 2023-02-21).

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 med HbA1c över 70

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vi vill på Tensta vårdcentral fokusera på patienter med diabetes typ 2 som har HbA1c över 70. Målet är att sänka dessa värden och förhindra stigande värden.

Långsiktiga målet är en förbättrad livskvalitén för dessa patienter och att motverka komplikationer och därav en ökad vårdtyngd.

Rätt journalmallar skall användas för att säkerställa att de uppgifter som behöver dokumenteras blir journalförda. Därav underlättar det att följa ordinationer och behandlingsmål som är satta så som målvärden.

Utöver att använda rätt journalmallar vill vi vill förbättra omvårdnadsdokumentationen för att på så vis lättare kunna inkludera alla på vårdcentralen. Genom tydlig information kring fortsatt planering och där det finns dokumenterat tydliga mål ökar möjlighet att patienten får samma information vid varje vårdmöte på vårdcentralen.

Vi vill öka den fysiska aktiviteten hos patienterna genom individanpassad information och ökad förskrivningen av FaR. Vill även öka kontinuiteten genom att omvårdnadsansvarig sköterska skall namnges i journalen. Detta behöver ej vara en diabetessköterska utan den som är träffar patienten regelbundet.

Vi vill öka kunskapen ytterligare i personalgruppen kring diabetes typ2 samt lyfta samtalsmetodikens betydelse vid livsstilsförändringar.

Vi vill där behovet finns koppla in psykosociala teamet.

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: Kunskap och kulturella skillnader.

Mångkulturellt område med varierande kunskapsnivåer kring hälsa. Språkliga hinder med behov av tolk i många patientbesök.

1.1:

Se över material som ges till patienterna. Utöka materialet så att individuellt anpassad information kan ges.

1.2:

Utbildningsinsatser i samtalsmetodik så som MI för fler i personalen men även utbildning i grupp kring samtalsmetodik i samband med livsstilsförändringar.

1.3:

Information löpande kring vårdprogram och förbättringsarbetet samt användandet av rätt sökord och journalmallar.

2: Tidskrävande patienter samt låg bemanning och rotation i personalgruppen.

Multisjuka patienter som är i behov av utökade insatser men där det trots många besök till vården inte uppnår förbättrade resultat.

Arbetet är tidskrävande och vid låg bemanning behöver prioriteringar göras. Utöver det är bristande kontinuitet en bidragande faktor till att vissa moment inte genomförs.

2.1:

Täta uppföljningar, några per år för patienter med HbA1c över 70 eller stigande värden.

2.2 a:

Följa journalmall och upprätta tydliga vårdplaner samt omvårdnadsplaner där individuella målvärden samt namngiven ansvarig sköterska ska framgå

2.2 b:

Tydliga dokumentation ska underlätta i varje vårdmöte per telefon eller på plats samt oavsett vilken yrkeskategorin patienten träffar.

2.3:

Genomgång av väntelista, patientlistor och MedRave för att aktivt kalla patienterna för extra kontroller.

2.4:

Utsett namngiven ST-läkare som extra ansvarig för patientgruppen. De patienter som är i behov av ytterligare läkarbesök kommer bokas till denna namngivna läkare.

2.5:

Om det framkommer vid besöken hos sköterska eller läkare att det finns behov av stöd kring psykisk ohälsa skall kontakt med psykosociala teamet tas för kartläggning av eventuella insatser.

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-forbattringstrappa/>

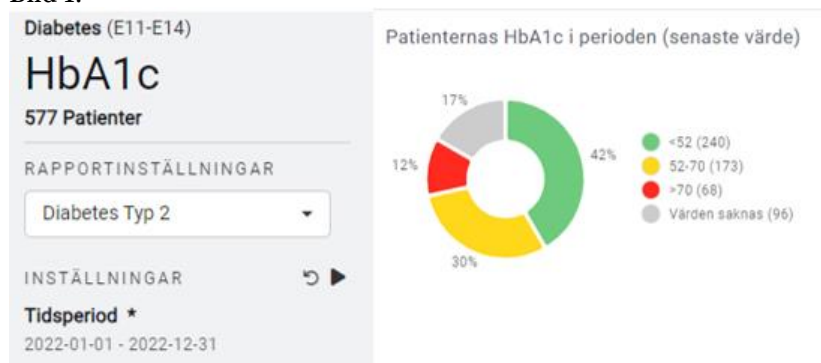
Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (=”processmått”, t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som 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 mål-värdet
Indikator 1	Andel patienter med diabetes typ 2 med HbA1c >70 mmol/mol	12% (68 av 577 patienter)	220101-221231	10%	Med-rave Se bild 1	31 dec 2023
Indikator 2	Andel patienter med diabetes typ 2 där värden om HbA1c saknas.	17% (96 av 577 patienter)	220101-221231	14%	Med-rave Se bild 1	31 dec 2023
Indikator 3	Antal KVÅ-kod DV200 FaR dokumenterat rätt i journalen. Alla patienter på vårdcentralen	21 st.	220101-221231	100 st	Med-rave	31 dec 2023
Indikator 4	Andel patienter med diabetes typ 2 som tillfrågats gällande fysisk aktivitet som dokumenterats i journalen	49% (287 av 577 patienter)	220101-221231	60%	Med-rave	31 dec 2023
Indikator 5	Andel patienter med diabetes typ 2 där BMI dokumentera i journalen	61% (351 av 577 patienter)	220101-221231	80%	Med-rave	31 dec 2023

Kommentar (valfritt):

Bild 1.


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 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?

Idé 1

Planera	Informationsmöten för året planeras in där kvalitetsarbetet lyfts på olika sätt. Utbildningsinsatser planeras.
Göra	Har informerat personalmöten om pågående kvalitetsarbete. Diabetesronder har genomförts under året.
Studera	Svårt att nå alla pga. frånvaro, ny personal etc.
Agera	Behöver kanske var mer av stående på punkt på personalmöte. Tillägg i mallen för APT.

Idé 2

Planera	På möten skall diabetesmallen gås igenom och sökord som måste dokumenteras gås igenom.
Göra	Lyft diabetesmallen och sökord samt kvå-koder som behöver fyllas i på sköterske- och läkarmöte.
Studera	Fungerar väl, ibland upplevs det svårt att välja mellan mall ifall patienten tar upp flera åkommor.
Agera	Har egen journalmall gällande diabetes för läkare som är uppskattad och som önskas behållas framåt.

Idé 3

Planera	Diabetessköterskorna går igenom aktuellt material och uppdaterar informationsmaterialet till patienterna.
Göra	Diabetessköterskorna har gått igenom befintligt material så som bildstöd och informationsmaterial. Nytt bildstöd har skapats samt laminrats för att kunna användas i samtal med patient.
Studera	Mycket av befintligt material via vårdgivarguiden är av god kvalité och fungerar väl i samtalet med patienten.

Agera	Beslutats att befintligt material via vårdgivarguiden samt den information som går att få via läkemedelsföretag skall användas. Dock är laminerade bildstödet av vikt i vissa samtal.
Idé 4	
Planera	Diabetessköterskorna går igenom patientlistor för att hitta dels patienter som "tappats bort" och patienter med HbA1c över 70. Dessa kallas till diabetessköterska eller till ansvarig läkare. I samband med detta kontrolleras om namngiven omvårdnadsansvarig sköterska finns dokumenterat och om ej så fylls detta i.
Göra	Arbetet med patientlistor med HbA1c över 70 har fortlöpt under året. Flertalet har kallats till läkar- och sköterskebesök.
Studera	Flertalet patienter har befunnit sig utomlands samt några har uteblivit trots flera kontakter.
Agera	Tidskrävande arbete som kanske inte visar så mycket på statistik men för enskilda patienten av stor vikt.
Idé 5	
Planera	Extern föreläsare kring fysisk aktivitet och FaR skall bjudas in. Extern föreläsare kring samtalsmetodik bjuds in.
Göra	Utbildning kring FaR under hösten samt upprepade möten där dokumentation kring fysisk aktivitet lyfts. Utbildning samtalsmetodik har ej bokats men förts samtal på personalmöten.
Studera	Har fungerat väl, engagerad personal gällande FaR.
Agera	Många pratar om fysisk aktivitet men man glömmer FaR. Efter varje informationstillfälle så upplever personal att man ökar sin förskrivning. Behöver fortsätta påminna på personalmöten. Även lagt till i checklistan för nyanställda att lokal rutin FaR ska gås igenom samt utbildning via lärtorget (Introduktion i Fysisk aktivitet på recept, FaR) ska göras.
Idé 6	
Planera	Frågeformulär färdigställs och börjar användas
Göra	Gällande frågeformulär så har vi haft problem med hur vi vill utforma frågeformuläret och hur vi ska gå till väga för att dela ut dem.
Studera	Har inte lyckats med det som vi önskade. Har dock börjat prata mer hur vi kan öka patientdelaktighet i varje möte.
Agera	Framåt så kommer vi fokusera på hur vi dokumenterar patientdelaktighet. Vi behöver fundera på ett generellt sökord som påminner och uppmuntrar oss att i varje möte föra patienten mer delaktigt samt att patienten även upplever detta.
Idé 7	
Planera	Lyfta hantering av diabetespatienter i hemsjukvården och hur man kan använda sig av FaR till multisjuka äldre.
Göra	Samtal i hemsjukvården kring diabetespatienten har genomförts men tyvärr på grund av ökad belastning i hemsjukvården och byte av hemsjukvårdsläkare har hemsjukvården inte inkluderats i den utsträckning som vi önskar.
Studera	Namngiven sköterska finns i större utsträckning för hemsjukvårdspatienter vilket är positivt och borde kunna leda till en bättre hantering av råd gällande fysisk aktivitet och i vissa fall FaR.
Agera	Vi fortsätter prata kontinuerligt i sköterskegruppen men avvaktar till 2024 med mer djupgående analyser och åtgärder gällande dessa patienter.
Idé 8	
Planera	Delmål: mål som ej finns dokumenterat under indikatorer skall följas upp i augusti 2023. • Patienter med HbA1c över 70. Öka antalet patienter med namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska från 8 till 30 st. • Frågeformulär. Sammanställning av svar samt eventuella lärdomar tas tillvara.
Göra	Inga siffror har tagits fram i augusti. Siffror tas fram mot slutet av året i stället. Fortsätter dock att prata om vikten av namngiven sköterska för dessa grupper. Gällande frågeformulär, se tidigare svar
Studera	Har inte haft den effekt vi önskat då vi endast har 16 patienter med HbA1c över 70 som har namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Samma gällande frågeformulär, se idé 6.
Agera	Arbetet med namngiven sköterska för vissa patientgrupper behöver fortsätta. Framåt kommer fokus mer ligga på professionsgrupper där namngiven sköterska redan finns.

	Patients delaktighet är framåt något som vi behöver arbeta mer med i alla patientmöten. Inför 2024 kommer mycket fokus handla om hur och vad som skall dokumenteras. Mål är att öka dokumentationen kring delaktighet.
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 bifogas

De flesta av idéerna som vi haft har genomförts i liten eller stor skala.

Under året har information och utbildning kring olika delar som ingår i förbättringsarbetet regelbundet genomförts. Diabetesronder samt utbildning kring diabetes i hemsjukvården har genomförts under året.

Under hösten genomfördes en utbildning kring FaR för att öka förskrivningen men även uppföljning samt att dokumentationen förs på rätt sätt.

Då utbildningsbehovet i verksamheten bedömdes mer handla om hur vi möter våra patienter och utmaningarna som finns i det kulturella skillnaderna så valde vi att inte satsa på MI för hela gruppen. Via Transkulturellt centrum fick vi handledning kring hur vi kan handskas med utmaningarna som finns i området. Handledningen skedde i mindre grupper med 4 träffar vardera under hösten. Har resulterat i att vi förhoppningsvis under våren 2024 skall få till informationsträffar för anhöriga som vårdar sina närstående, där många av våra patienter med höga HbA1c finns.

Diabetessköterskorna har aktivt arbetat med patientlistor gällande personer med HbA1c över 70. Har kallat till både till läkarbesök och sköterskebesök. Har varit tidskrävande men för enskilda patienter av stor betydelse. Många av de patienter som har höga värden är svåra att motivera vilket kräver upprepade besök. I vissa fall har det även varit svårt att få patienten att komma på besöken. Vissa patienter befinner sig ej i Sverige. Arbetet med patientlistor fungerar väl och i kombination med väntelistor får vi en bra bild över de patienter som behöver extra insatser.

Genomgång av informationsmaterial till patienter genomfördes under våren och var ett enkelt och icke tidskrävande arbete. Material som redan tidigare använts bedömdes uppfylla de önskemål som vi hade. Däremot har vi utökat vårt bildstöd som kan användas under patientbesöket. Det bildstöd gällande FaR som finns via vårdgivarguiden är väldigt användbart i samtalet kring motion. Även om det inte ledde till några stora förändringar i materialet så anses genomgången vara av betydelse. Dels då vi fick möjlighet att rensa men också synliggöra för personalen vilket material som fanns att tillgå.

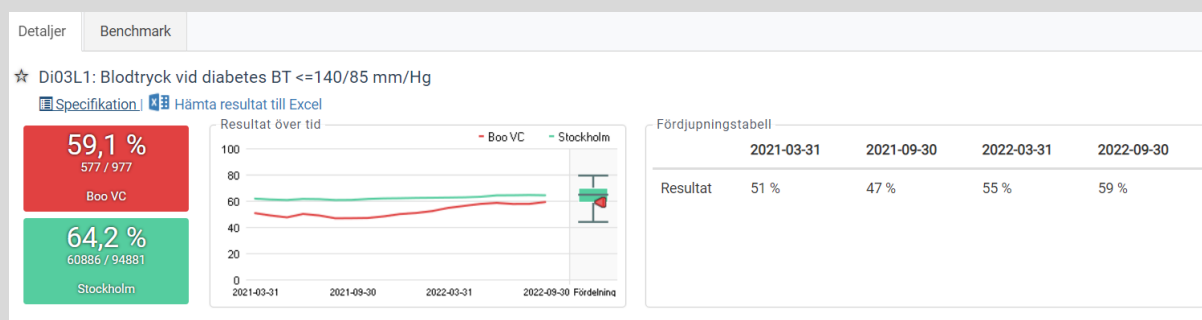
Vi hade även som mål att förbättra dokumentation och att omvårdnadsansvarig sköterska skulle noteras i journalen. Detta har ej genomförts i den utsträckning som vi önskat. Journalmallar som finns tillgängliga anses fungera väl men vi har påmint under året om vikten av att dokumentera under rätt sökord. Namngiven ansvarig sköterska har endast ökat med 8 st. Då flera patientgrupper

utöver diabetes har behov av namngiven sköterska kommer vi i stället att fokusera på professionsgrupper. Inom dessa finns namngivna sköterskor som har ett utökat ansvar för patienten. Vi vill framåt även arbeta mer kring hur vi säkerställer att all personal genomför strukturerade korta journalgranskningar vid varje patientkontakt. Detta då det är genom dessa som vi tydligare ser historik, kommande planering samt tidigare vårdkontakter.

Har tyvärr inte inkluderat psykosociala teamet i den utsträckning som var planen men de har varit en tillgång i mötet med vissa patienter. Ibland rör det sig om bristande sjukdomsinsikt men i många fall så har patienter en samsjuklighet sedan tidigare gällande psykisk ohälsa. Här känner vi behov av att fortsätta redan befintligt samarbete.

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 typ 2 med HbA1c >70 mmol/mol	12% (68 av 577 patienter)	220101-221231	10%	13% (87 av 652 patienter)	Medrave <i>Se bild 1</i>	230101-231231
Indikator 2	Andel patienter med diabetes typ 2 där värden om HbA1c saknas.	17% (96 av 577 patienter)	220101-221231	14%	21% (136 av 652 patienter)	Medrave <i>Se bild 1</i>	230101-231231
Indikator 3	Antal KVÅ-kod DV200 FaR dokumenterat rätt i journalen. Alla patienter på vårdcentralen	21 st.	220101-221231	100 st.	100 st	Medrave	230101-231231
Indikator 4	Andel patienter med diabetes typ 2 som tillfrågats gällande fysisk aktivitet som dokumenterats i journalen	49% (287 av 577 patienter)	220101-221231	60%	69% (447 av 652 patienter)	Medrave	230101-231231

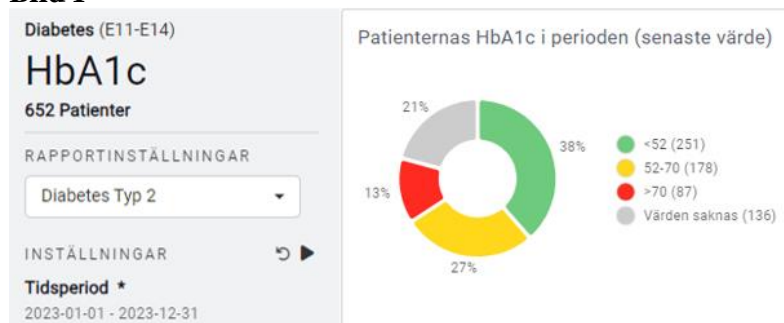
Indikator 5	Andel patienter med diabetes typ 2 där BMI dokumentera i journalen	61% (351 av 577 patienter)	220101-221231	80%	70% (458 av 652 patienter)	Med-rave	230101-231231

Övriga kommentarer:

Korrigeringar:

Ändrat indikator 1 under året. Initial frågeställning var "Andel patienter med diabetes typ 2 med HbA1c högst 70 mmol/mol". Missvisande siffror mellan Medrave, NDR och kvalitetsbokslut så valt att ändra indikator 1 samt ett tillägg med indikator 2 "Andel patienter med diabetes typ 2 där värden om HbA1c saknas".

Bild 1



Ytterligare statistik:

Vi har ökat antalet patientbesök under året. Har förbättrade värden på allt flertalet punkter.

	2022	2023
Rökvanor tillfrågad	74% 427 av 577	86% 559 av 652
Fysisk aktivitet tillfrågad	50% 287 av 577	69% 447 av 652
Matvanor tillfrågad	46% 263	67% 437 av 652
Alkohol tillfrågad	45% 261 av 557	69% 448 av 652
Fotstatus	53% 306 av 557	70 % 457 av 652

Uppföljning delmål:

Följdes tyvärr ej upp i augusti enligt plan men under året har vi endast ökat antalet patienter som har namngiven sjuksköterska till 16 patienter, start 8. Frågeformuläret blev aldrig skapad.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Året som gått har varit ansträngt. Vi har haft behov av att ständigt prioritera och många gånger upplever personalen tidsbrist vilket gör att befintliga system behöver vara enkla att använda. Under arbetet har vi insett att mycket av befintliga rutiner, material, journalmallar etc. är väldigt bra men kontinuerlig påminnelse och uppföljning är av stor vikt.

Tyvärr har andel patienter med diabetes typ 2 som har HbA1c >70 mmol/mol inte minskat. Det samma gäller även när det kommer till andel patienter med diabetes typ 2 där värden om HbA1c saknas. Båda dessa indikatorer skulle kunna tala för att vi inte lyckats med det arbete som vi initialt

ville genomföra. Vår tolkning är dock att vi lyckats nå flera av våra mål. Antalet patienter med diabetes som vi träffat under året har ökat och våra siffror har förbättrats inom flera områden. Vi har lagt ner mer tid på patienter med högre HbA1c. Dessa patienter har ofta en försvårande situation och samsjuklighet som gör att de just har höga värden. Det innebär att förändring tar tid och kräver mer resurser. Vi behöver även inse samt acceptera att vissa patienter kommer vara svåra att nå då uppföljning försvåras av att patienten inte befinner sig i Sverige under stora delar av året.

Ett av våra långsiktiga mål är att förbättra livskvaliteten för patienten och det har vi lyckats med i många fall. Däremot så syns inte alltid det i statistiken då vi får nya patienter med höga värden. Den andra delen i det långsiktiga målet är att minska vårdtygden och kostnaden för varje patient. Det uppnår vi på sikt då vi lyckas optimera behandling för flertalet patienter. Det som vi dock behöver förhålla oss till är att resursbehovet hos oss inte kommer minska framöver.

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?

Vi har inte involverat patienter i den form som vi initialt hade tänkt. Däremot så har Transkulturellt centrum varit bidragande i arbetet kring patientdelaktighet. Vi har använt dem för handledning men även som stöd i mötet med patient. Internt utbildningsmaterial kring personcentrerad vård ingår sedan flera år i introduktionen av nyanställda och i år har vi även pratat mycket kring dokumentation av delaktighet. Det arbetet behöver fortsätta framöver och är även en punkt i handlingsplanen för patientsäkerhet.

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.

Arbetet kring patientlistor och att kalla patienter med höga värden kommer fortsätta då vi anser att det är av stor vikt men att det även fungerar väl.

Vi har lagt till förbättringsarbeten samt kvalitetsarbeten som en stående punkt på APT. Detta för att säkerställa att information och uppdateringar görs regelbundet och att personalen blir involverad i större utsträckning.

Utbildning gällande FaR via Lärtorget är också tillagd i checklistan för nyanställda.

Vi hade som intention att eventuellt ändra i journalmall för diabetes men då journalmallarna i TakeCare håller på att rensas inför nytt journalsystem väljer vi att professionsgruppen fortsättningsvis följer vår journalföring och lyfter relevant information på personalmöten.

Hemsjukvården har under föregående år genomgått en förändring med ökad vårdtyngd men även personalombyte i läkargruppen. Det har gjort att de insatserna kring diabetes i hemsjukvården inte fått tillräckligt utrymme. Under 2024 kommer vi att arbeta med våra diabetespatienter i hemsjukvården.

Regelbunden uppföljning kring hur behandlingsrekommendationer följs samt diabetesronder har varit positivt vilket vi kommer fortsätta med. Eventuella utbildningsinsatser i läkargruppen kring diabetes kommer ske då behovet ständigt ändras i och med att läkargruppen ändras.

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.