

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Folkets vårdcentral Tyresö	
Verksamhetschef Anoushe Sigaroudi	Verksamhetschefens e-post anoushe.sigaroudi@folketsvardcentral.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 forbattringsarbeten.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: Sayna Nourzad
Profession: Medicinkandidat, T10
E-post: sayna96@gmail.com
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: Sayna Nourzad, medicinkandidat

Sayna96@gmail.com

Anoushe Sigaroudi, specialist i allmänmedicin.

Anoushe.sigaroudi@folketsvardcentral.se

Jina Bettino, ST-läkare i allmänmedicin

Jina.bettio@hotmail.com

Karla Osorio Espinoza, undersköterska och koordinator.

Karla.osorio@folketsvardcentral.se

Marie Balte, diabetes-ssk.

Kontakt@folketsvardcentral.se

B:

Vi kommer att be om muntlig feedback av patienterna efter besöken och även möjliggöra att de lämnar sina synpunkter i receptionen.

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?

HbA1c, blodtryck och kolesterolnivåer är viktiga mätvärden att hålla koll på för patienter med diabetes för att minska den generella dödligheten på sikt.

I Medrave ser vi att vi sedan vårdcentralens start 2020 varje år förbättrat våra värden avseende HbA1c vilket är värdefullt för våra diabetiker. Våra diabetiker behandlas däremot i lägre utsträckning med statiner jämfört med Stockholm i stort. När det kommer till blodtrycket har våra diabetiker även högre genomsnittligt blodtryck än det genomsnittliga

värdet i Stockholm. Avseende blodtrycket är det inte tydligt om värdena i Medrave är helt representativa eller om en del av dessa kan vara falskt förhöjda (vitrockshypertoni). För oss är det därmed även viktigt att kartlägga flera blodtrycksvärden för att få ett genomsnittligt värde för varje patient, gärna i hemmet om patientens egen mätare är kalibrerad och överensstämmer med våra blodtrycksapparater.

Vårt mål är att öka andelen diabetiker hos oss som behandlas med statiner från 50,2 % (50 %) till > 64,1 % (65 %). Vi vill även öka andelen patienter med diabetes som har blodtryck $\leq$ 140/85 mmHg från 53,3 % (53 %) till > 64,9 % (65 %). Referensvärdena är de genomsnittliga värdena i Stockholm.

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-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill förbättra omhändertaget av våra diabetiker, det är väsentligt för att minska risken för kardiovaskulära händelser samt neuropati, retinopati och nefropati, eller andra diabetesrelaterade komplikationer.

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-forbattringstrappa/>

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: Inte helt kartlagt om vi inte redan presterar som målet med blodtryck $\leq$ 140/85, representativa värden eller inslag av vitrocksfenomen eller sista dokumenterat tryck i samband med en annan kontaktorsak som falskt kunde höja trycket?

Tre dagars blodtrycksmätning i hemmet ska övervägas på samtliga patienter med blodtryck > 140/85 på mottagningen. Vårdcentralens har 3 extra apparat för utlåning men vi kommer att stämma av patienternas blodtrycksmätare med VC:s och använda deras mätare i första hand.

2: En läkare som arbetat hos oss tidigare hade större tendens till att rekommendera dietbehandling till sina patienter istället för statiner.

Uppmuntra till behandling med statiner för de patienter som enligt riktlinjer skulle gynnas av detta.

3: Patienternas inställning gentemot statinbehandling, oro för biverkningar.

Motiverande samtal hos diabetessköterska för att minska oron, förklara att man kan byta preparat vid eventuella biverkningar.

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 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 mål-värdet
Indikator 1	Andelen diabetiker som behandlas med statiner	50	230101	>65	Se nedan	231231
Indikator 2	Andel diabetiker med BT ≤ 140/85	53	230101	>65	Se nedan	231231

Kommentar (valfritt):

Källa: Medrave

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/verktyslada-forbattringsstrappa/>

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.

1. Planera:

Idén är att samtliga områdesansvariga läkare (allmänspecialister, ST-läkare i allmänmedicin) träffar sina egna listade patienter. En undersköterska/koordinator går aktivt igenom listan av diabetiker från Medrave. De patienter som inte varit för årskontroll under föregående år prioriteras högst och därefter sker prioritering av kallelser utöver avvikande HbA1c även efter avvikande kolesterolvärden samt högre värden på blodtryck. En undersköterska alt läkarassistent (medicinkandidat) bildar tillsammans diabetesmallar som kan användas under diabetesbesöken. Diabetesprover beställs av undersköterska i förväg i samband med kallelse till besöket och patienter informeras om detta.

Då statiner har muskelvärk som en relativt vanlig biverkan finns det flera patienter som vill avstå från denna medicinering av rädsla att utsättas för denna biverkning. Vi har som mål att identifiera patienter med låg compliance och ha extra insatser för dem, i form av motiverande samtal hos diabetessköterskan eller vid läkarbesöken.

Avseende blodtrycket kommer alla patienter som identifierats med BT > 140/85 på Medrave att få information om att ta med sig en tre dagars mätning av hembloodtrycket. Detta för att vi ska få en sanningsenlig bild av blodtrycket och inte endast bedöma ev. behov av behandling på blodtryck som tagits under läkarbesök, då vitrocksfenomen kan förekomma. De patienter som har BT > 140/85 i hemmet kommer att sättas in på optimal medicinering och fortsättningsvis följas upp av mottagningssköterska.

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

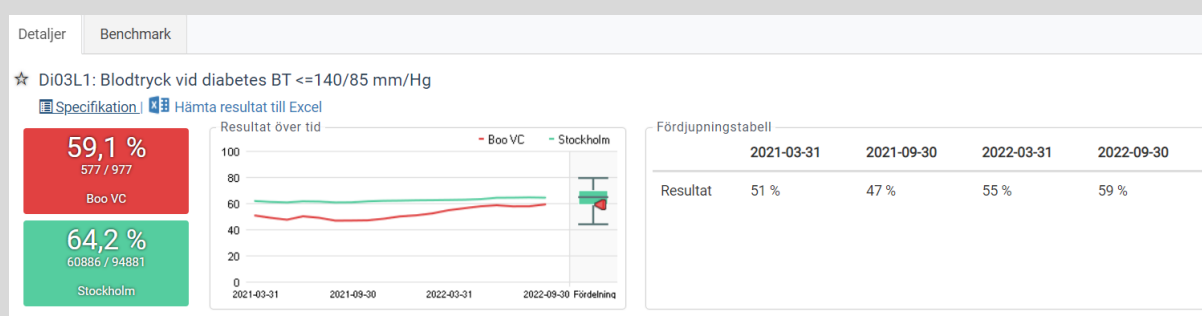
1. En undersköterska/koordinator gick igenom listan av diabetiker på Medrave.
2. Patienter som inte hade genomgått årskontroll under föregående år prioriterades högst, oavsett HbA1c.
3. Därefter skedde prioritering efter högsta nivå på HbA1c under föregående år.
4. Nästa steg i prioriteringslistan var patienter med avvikande total kolesterol.
5. Patienterna kallades till läkare utifrån vilka läkare de varit listade hos.
6. Patienterna lämnade diabetesprover i förväg inför besöket hos läkare.
7. Under besöket tittade läkaren på värden på både total kolesterol och LDL. Patienter som hade höga värden av total kolesterol samt LDL > 2,4 rekommenderades insättning av statiner om de inte redan hade det, alternativt doshöjning av pågående statinbehandling.
8. Under besöket togs blodtryck på samtliga patienter. Patienter med BT >140/85 rekommenderades att kontrollera blodtrycket i hemmet med tre dagars mätning om de hade tillgång till blodtrycksmanschett. Värdet på hembloodtrycket skannades därefter in till ansvarig läkare som följde upp med en telefonuppföljning.

Patienter utan tillgång till blodtrycksmanschett i hemmet bokades in på uppföljning för blodtryckskontroll hos undersköterska två veckor senare. Vid fortsatt högt blodtryck, antingen i hemmet eller på återbesöket hos undersköterska, sattes blodtrycksmedicinering in alternativt skedde en justering av dosering av pågående blodtrycksmedicinering.

9. Avseende total kolesterol och LDL-nivåer lämnades nya prover 3 månader efter insatt eller dosförändrad statinbehandling.
10. Avseende blodtryck bokades kontroller in hos undersköterska 2 veckor efter insatt eller dosförändring av blodtrycksmedicinering.

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	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	Andelen diabetiker som behandlas med statiner	50	230101	>65	65	Se nedan.	231231
Indikator 2	Andel diabetiker med BT $\leq$ 140/85	53	230101	>65	68	Se nedan.	231231

Övriga kommentarer:

Källa: Medrave

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Genomgående gott resultat och vi har lyckats nå våra mål avseende båda indikatorer. Jämför vi våra värden med hela Stockholm ligger vi dock något lägre avseende andelen diabetiker som behandlas med statiner (65 % vs 67 %). Detta är något vi kan fortsätta arbeta med för att få en ökning av statinbehandling i de fall där det bedöms vara indicerat.

Avseende blodtrycket har vi dock högre andel diabetiker med BT $\leq$ 140/85 jämfört med Stockholm i helhet (68 % vs 66 %), vilket vi är nöjda med.

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?

Patienterna har under läkarbesöken tillfrågats avseende compliance till behandling och läkarna har försökt att identifiera fallgropar som minskar compliance. Vid insättning eller dosjustering av medicinering har det skett täta uppföljningar, både avseende provtagning, telefonuppföljning med läkare samt kontroller hos undersköterska vilket vi tror ökar compliance. Patienterna har fått lämna meddelanden till ansvarig läkare vid eventuella biverkningar av insatt medicinering, och det har då skett dosjusteringar alternativt ändring av medicinering.

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.

Planen är att vi ska fortsätta med diabetesprojektet och till nästa år fortsätta hålla koll på blodtryck, kolesterolnivåer men även jämföra andra indikatorer så som albuminuri och andel patienter med diabetesretinopati.

Avseende blodtryck skulle det vara värdefullt att dela upp analys av patienter med ålder < 70 alt albuminuri jämfört med resterande patienter, då de förstnämnda har ett måltryck på 120-129/70-80 och där BT $\leq$ 140/85 alltså inte är tillräckligt lågt för att förhindra långtidskomplikationer.

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.sls@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.