

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Vårdcentralen i Skarpnäck	
Verksamhetschef Davood Eldeniz	Verksamhetschefens e-pos davood.eldeniz@gmail.com
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: Malin Johansson
Profession: specialist allmänmedicin
E-post: malin68@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 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: Stina Öste diabsjuksköterska

Davood Eldeniz, läkare
Malin Johansson, läkare
Ayumi Takesaki, undersköterska
Anila Xibri, undersköterska
Lidia Diaz, undersköterska

B:Genom patientcentrerade samtal och förskrivning av FreeStyle Libre

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-forbattringsstrappa/>

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?

Vi hade i slutet av 2022 25 st diabetespatienter som låg > 70 i HbA1c. Vi ville under 2023 erbjuda alla patienter med klinisk nytta av intensifierad behandling av deras diabetes, igen. (Vilket exkluderade de patienter som var/är i långt framskridet biologiskt åldrande) eftersom dessa patienter inte har någon större nytta intensifierad läkemedelsbehandling av sin diabetes. Vi ville under 2023 ånyo gå igenom patienternas kost-och motionsmöjligheter, stressreduceringstekniker och läkemedelsanvändning och i patientcentrerade, utforskande samtal skraddarsy individualiserade behandlingar för varje patient med HbA1c >70.

Att få ner patienters HbA1c under 70 är viktigt eftersom det minskar frekvensen komplikationer och därmed lidande för patienterna, men också belastningen på slutenvården.

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.

Förbättrad diabetesbehandling

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:

Minska HbA1c till 70 eller lägre för så många som möjligt av de diabetespatienter som vi identifierat med HbA1c >70 vid slutet av 2022

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: Patienterna inte så motiverade

1.1: Kalla patienterna för uppföljning under året inte bara för årskontrollen utan även till uppföljande besök
1.2: Förskriva FreeStyle Libre till alla patienter med indikation för detta
1.3: **Genom FreeStyle Libre får patienten en kontinuerlig feedback på hur deras livsstil och kost inverkar på deras blodsockervärden. Patienterna får därmed en större kunskap och egenmakt över sin sjukdom och behandling**

2: Vi har inte lyckats motivera patienterna

2.1: Med större kunskap och daglig feedback till patienten om dennes blodsockervärden och hur olika interventioner och läkemedel påverkar blodsockret, bedömde vi att det skulle vara lättare att motivera patienterna till en bättre behandlingsföljksamhet
2.2:
2.3:

3:

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/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 målvärdet
Indikator 1	<i>Antal patienter som kallats till sitt första besök 30 mars 2023</i>	1		100%		30 mars 2023
Indikator 2	<i>Antal patienter med HbA1c > 70 som vi lyckas få till HbA1c 70 eller lägre</i>	25		10%		<i>Dec 2023</i>
Indikator 3						<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/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 som ni tänkt? 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?

P: Undersköterskorna kallar patienterna enligt listan till 30 mars, därefter enligt diabetessjuksköterskans eller läkares ordination under året.

G 1. Läkare förskriver FreeStyle Libre till patienter med indikation för detta.

2. Diabetessjuksköterska och läkare har personcentrerade behandlingssamtal för individualiserade behandlingsmål för varje patient.

3. Behandlingsplan för varje patient genomförs

S, A: Det som visade sig svårt var att få flera av patienterna att komma till vårdbesöken även om vi kallade och ringde patienterna. En av patienterna lyckades vi överhuvudtaget inte nå trots upprepade kallelser under året, svarade patienten vare sig på skriftliga kallelser eller i telefon.

Några patienter har schizofreni och missbruksproblem och var inte villiga att ta ordinerade läkemedel eller medverka till provtagning, trots personcentrerade samtal. En av dessa patienter har flyttat under året och följs därför inte längre av oss.

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 bilfogas

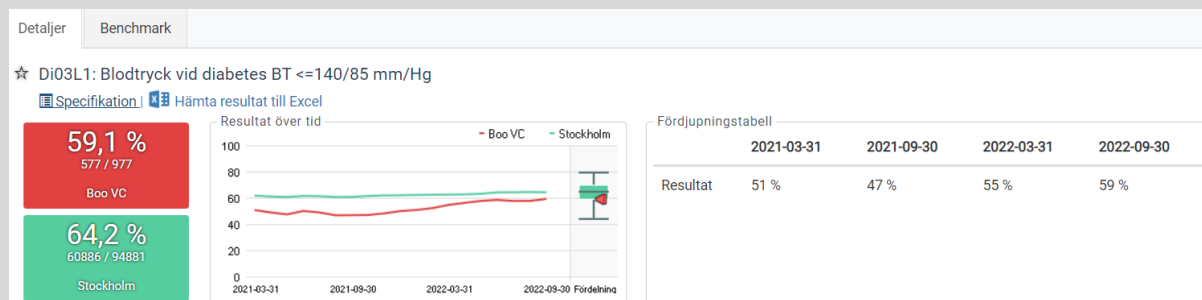
Undersköterskorna kallade patienterna enligt listan till 30 mars, därefter enligt diabetessjuksköterskans eller läkares ordination under året.

Läkare har förskrivit FreeStyle Libre till patienter med indikation för detta. Diabetessjuksköterska och läkare har haft personcentrerade behandlingssamtal för individualiserade behandlingsmål för varje patient.

Behandlingsplan för varje patient genomförs och följs upp under året.

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	Antal patienter som kallats till sitt första besök 30 mars 2023	0	20230101	25	alla 25 pat kallades	MedRave, Take Care	30 mars 2023
Indikator 2	Antal patienter med HbA1c > 70 som vi lyckas få till HbA1c 70 eller lägre	25	20230101	10 patienter eller 40%	10 patienter av 16 eller 63% se kommentar	MedRave, Take Care	Dec 2023
Indikator 3							T.ex. dec 2023
Indikator 4							T.ex. dec 2023
Indikator 5							T.ex. dec 2023

Övriga kommentarer:

Bortfallet från interventionen var totalt 9 patienter (av totalt 25 patienter). En patient svarade vare sig på kallelser eller telefon, varför denna patient bortföll. Fyra patienter har flyttat under året och därmed också bortfallit. En patient har avlidit under året. En patient följs av diabetismottagningen på Ersta och bortföll således också från vår intervention. Två patienter deklarerade att de inte var intresserade av behandling, en av dessa patienter är schizofren, den andra patienten var över 80 år. Sammanlagt bortföll 9 patienter av de 25 som vi hade haft som mål att arbeta med under 2023, av skäl utom vårdcentralens kontroll, såsom flytt, dödsfall, ej svarat på kallelser eller sköts av annan vårdgivare.

Skulle man räkna resultatet utifrån de patienter vi faktiskt arbetade med så blir resultatet att 10 av de 16 patienter som vi arbetade intensifierat med under 2023 erhöll HbA1c 70 eller lägre. Varav

fem patienter med HbA1c 55 eller lägre.

Resultatet för de patienter vi arbetade med under 2023 blir alltså 10/16 patienter, med uppnått målvärde HbA1c 70 eller lägre eller 63%. Vilket var långt bättre än vi trodde att resultatet skulle bli då vi påbörjade projektet

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att daglig kontinuerlig biofeedback har stor effekt på patienters följsamhet till behandling. Det är mycket svårt, nästintill omöjligt att kunna behandla flera schizofrena patienter till bra HbA1c-värden, då deras övriga medicinering gör dem mycket misstänksamma mot medicinering generellt.

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?

Via biofeedback och personcentrerad samtal med patienterna kring deras 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.

Att vara mer observanta på att förskriva FreeStyle Libre till patienter som har indikationer för detta

Vårdcentalen i Skarpnäck Diabetes del 1 och 2 2023