

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Diabetes typ 2: Fot- och ögonstatus*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Vasastans vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Jakob Nowakowski	Jakob.nowakowski@ptj.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 förbättringsarbeten.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 del1 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: Eduard Geier Profession: ST läkare inom allmänmedicin E-post: eduard.geier@ptj.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 och deras professioner

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

A:

Maja-Lena Westberg. Distriktsläkare

Bianca Engström. Diabetessköterska

Iliya Fersossion. Sjuksköterska och enhetschef

B:

Vi använder en förslagslåda. Patienter som träffar diabetessköterskan i samband med det här förbättringsarbete har möjlighet att uttrycka sina åsikter om vad som fungerade bra med kallelsen och undersökningen, eller vad som kan göras bättre. Patienterna får därför en blankett av diabetessköterskan efter besöket och de kan lämna blanketten i receptionen. Receptionen kommer vidarebefordra blanketterna till Eduard.

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 medräve m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medräve 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-forbattringstrappa/>

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?

På nationella diabetesregistret ser man att 33,9 % av våra patienter med diabetes typ 2 har fått en fotundersökning det senaste året. I riket är det 76,5 %. Det är en stor skillnad mellan riket och vår vårdcentral. Vi hade vissa svåra omständigheter på vårdcentralen med en diabetessköterska som slutade och därför fick patienter med diabetes typ 2 ingen uppföljning hos diabetessköterskan i flera månader. Sedan några månader har vi igen en diabetessköterska som ska träffa diabetespatienter och undersöka fötter, samt journalföra alla uppgifter.

Utöver det misstänker vi att bortfall av den gamla diabetessköterskan är inte den enda anledningen till en så stor differens mellan rikets och vår statistik. Vi misstänker att många patienter inte har varit eller kommit till årskontroll under senaste året och därför har man inga aktuella värden. Våra sjuksköterskor som tar emot samtal från patienter upplever att många patienter vill endast få en receptförnyelse av sina läkemedel utan att komma till ett fysiskt besök. Det beror på att vi arbetar i Vasastan i Stockholm och vi har patienter från hela Stockholm och förorterna. Dessa patienter arbetar ofta centralt i närheten till vår vårdcentral men bor lite utanför Stockholm. Därför vill de ofta undvika att komma till fysiskt besök och föredrar digitala möten eller även vanliga förfrågan för receptförnyelse via 1177 etc.

Vi upplever även sedan länge att vi har en hög avlistning och pålistning av patienter. Det kan bero på läget av vårdcentralen som är centralt i Stockholm. Det kan vara så att en del av patienterna utan fotstatus är nylistade patienter.

Dessutom ser vi på nationella diabetesregistret att 51 % av våra patienter med diabetes typ 2 har fått en ögonundersökning enligt riktlinjer, jämförd 71,1 % i riket.

Vi misstänker att orsaken till det kan vara som ovan att patienter inte kommer till sina årskontroller för att de bor längre bort från vårdcentralen. En annan anledning kan vara bristfällig dokumentation. Patienterna gör sina ögonundersökningar hos en ögonläkare, och det är inte alltid säkert att diabetessköterskan eller läkarna frågar specifikt om patienten var hos ögonläkaren och skriver in dessa uppgifter under rätt sökord i journalen på diabetesmallen.

Vi ser också att målblodtrycket uppnås inte i NDR vad det gäller "blodtrycket under 140/85" och även "blodtrycket under 130/80".

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.

Patienter med diabetes typ 2: Fot- och ögonstatus

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering":

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringsstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill etablera en mer regelbunden uppföljning av våra patienter med diabetes typ 2 hos vår diabetessköterska, så att diabetessköterskan har möjlighet att bland annat ta fotstatus och kontrollera om patienterna gjorde en ögonundersökning. Dessa uppgifter ska skrivas i journalen i diabetesmallen under rätt sökord, så att uppgifterna återspeglas i statistiken i nationella diabetesregistret. Diabetessjuksköterskan mäter även blodtrycket och återkopplar till ansvarig läkare ifall blodtrycket avviker och behöver behandlad intensivare.

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/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Många patienter bor långt ifrån vårdcentralen

1.1: Aktiv kallelse av patienter som inte kommer till sina årskontroller.
1.2: Sätta patienter på väntelista i Takecare
1.3: Påminna patienter under besöket att komma ihåg nästa årskontroll.

2: Tillfällig brist på diabetessköterskan under senaste året.

2.1: Vi har redan anställt en diabetessköterska
2.2: Läkarna som också träffar diabetespatienter till årskontroll ska dubbelkolla om diabetessköterskan har tagit fot- och ögonstatus.

3: Bristfällig journalföring

3.1: Visa till diabetessköterskan och läkarna vilken journalmall och vilka sökord ska användas
3.2: Upprepa våra mål och nytt arbetssätt vid varje APT att vidmakthålla dessa ändringar.
3.3: Utvärdera i MedRave en gång per kvartal om statistiken förbättrar sig.

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-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 T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter som har fått en fotundersökning senaste året	33,9%	Februari 2023	76,5 %	NDR och Medrave	December 2023
Indikator 2	Andel patienter med genomförd ögonundersökning enligt riktlinjer	51%	Februari 2023	71,1 %	NDR och Medrave	December 2023
Indikator 3	Blodtryck under 140/85	47,4%	Maj 2023	59,2 %	NDR	December 2023
Indikator 4	Blodtryck under 130/80	33,8%	Maj 2023	43,4 %	NDR	December 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

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-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? 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?

Planera:

- Eduard Geier skriver ut en lista från Medrave med alla patienter som inte har fått en fotstatus eller ögonundersökning.
- Iliya vår ansvariga sjuksköterska får denna patientlista och han samarbetar med de andra sjuksköterskor att kontakta alla dessa patienter och boka in ett möte hos vår diabetessköterska. Varje vecka ska minst 10 patienter kallas, så att vi kan i förloppet av det här året undersöka alla patienter.
- Diabetessköterskan ska säkerställa att vi bibehåller regelbunden kontakt med patienten så att de får sin fotundersökning även kommande åren. Diabetessköterskan ska bestämma tillsammans med patienten om patienterna ska sättas upp på väntelista eller om de vill boka själv ett återbesök om ett år.

Göra:

- Diabetessköterskan instrueras och påminns igen av Iliya och Maja-Lena vid varje APT att använda rätt sökord i journalmallen.
- Läkarna kommer påminnas av Iliya och Maja-Lena vid varje APT att dubbelkolla om diabetessköterskan har tagit fot- och ögonstatus, ifall läkarna träffar sina diabetespatienter till årskontroll.
- Upprepa våra mål och nytt arbetssätt till alla medarbetare vid varje APT att vidmakthålla dessa ändringar.
- Det som går bra är att våra medarbetare stödjer förbättringsarbetet och alla delar gör sitt arbete.
- Det som är svårt är att nå vissa patienter via telefon. Då måste man kalla dem via brev och hoppas att de verkligen kommer till diabetessköterskan.

Studera:

- Diabetessköterska verkar vara väl instruerad och kunnig vad det gäller rätt journalföring och även ta fotstatus och samarbete med ögonläkaren för ögonundersökning.
- En gång i kvartalen kommer Eduard undersöka i Medrave om andel patienter med fot- och ögonundersökning förbättras. Ifall man inte kan fastställa en positiv trend, så kommer förbättringsteamet undersöka var problemet ligger.

Agera:

- Kallelse av patienter fungerar hos de flesta väldigt bra via telefon. Då kan man direkt boka en tid som passar patienten och patienten är mindre benägen att utebli från besöket.
- Patienter som vi inte nå via telefon kallar vi via brev.

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 senast 28 februari 2023 till: forbattringsarbeten.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**

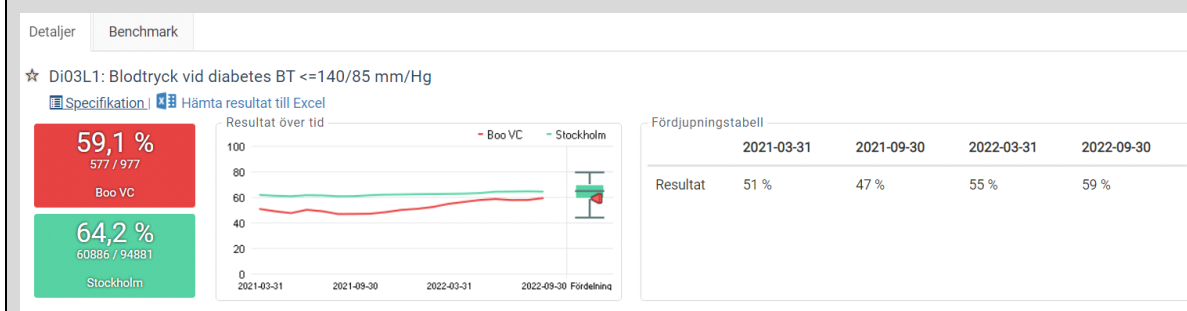
Justeringar i del 1 går bra att göra. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vi har anställt en diabetessköterska som arbetar heltid hos oss. Vi har även en diabetessköterska som arbetar deltid. Diabetessköterskorna har skapat egna kallelselistor för typ 2 diabetespatienter och kommer att kalla dem årligen. Vi har skapat en ny journalmall i take care för att förbättra vår dokumentation och säkerställa att ingen del av de årliga kontrollerna missas. Vi har även uppdaterat provtagnings paketet inför besök till diabetessköterska avseende albuminuri, detta tas numera inför både sköterska och läkarbesök.

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	Start-läge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum / period för resultat-värdet
Indikator 1	Andelen patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	33,9 %	Feb 2023	76,5 %	57,1%	NDR	Decem ber 2023
Indikator 2	Andelen patienter som fått en fotundersökning under senaste året	51%	Feb 2023	71,1 %	67%	NDR	Decem ber 2023
Indikator 3	Andel patienter med genomförd ögonundersökning enligt riktlinjer	47,4 %	Maj 2023	59,2 %	50,7%	NDR	Decem ber 2023
Indikator 4	Blodtryck under 140/85	33,8 %	Maj 2023	43,4 %	35,4%	NDR	Decem ber 2023

Övriga kommentarer:

En av anledningarna till att vi ej når våra mål är troligen att den ST och distriktsläkare som ansvarat för förbättringsarbetet slutat under hösten 2023.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att vi behöver ett bra samarbete mellan både läkare och diabetessköterska och att vi följer upp våra resultat kvartalsvis för att utvärdera hur arbetet går. Vi behöver bli bättre på att följa upp förhöjda blodtrycksvärden och justera medicineringen.

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 lämnat ut en patientenkät till de flesta diabetespatienter efter besök hos diabetessköterska. Samtliga enkäter är besvarade i direkt anslutning till besöket. Vi har

fått övervägande bra resultat. Patienterna är nöjda med omhändertagande och informationen, samt nöjda med planeringen framåt.

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.

Ett av målen under 2024 är att bli bättre på att följa upp blodtrycket och justera medicineringen för våra typ 2 diabetes patienter. Vi har även som mål att kalla fler av våra typ 2 diabetespatienter för årliga kontroller. Vi kommer via Medrave gå igenom alla patienter med diagnosen typ 2 diabetes och kalla dem som inte varit på sina årliga kontroller.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se