Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Liljeholmens Vårdcentral	
Verksamhetschef Sandra af Winklerfelt Hammarberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

Redovisning av kvalitetsarbete 2018

Instruktioner till mottagningen
Del 2 avser redovisning av genomfört kvalitetsarbete och skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.hsf@sll.se **senast 31 mars 2019** men får gärna skickas in redan i januari 2019 vilket leder till tidigare återkoppling vilket kan vara bra inför nästa års arbete.

DEL 2 – Redovisning av kvalitetsarbete

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet
Arbetsgrupp: Jelena Mossiaguine, Åsa Weidling, Lena Törngren, Eva Olsson, m fl

Namn på förbättringsarbetet i formatet: Enhet ämne år del: "Boo VC Hypertoni 2018 del 2" Döp även filen så när ni skickar in den.
Liljeholmens VC Diabetes 2018 del 2

Mål med förbättringsarbetet samt kort bakgrund om varför det är viktigt
Förbättrad struktur i omhändertagandet av patienter med diabetes samt prediabetes och graviditetsdiabetes för att tidig upptäckt och struktur för uppföljning kan medföra bättre sjukdomskontroll och minskade komplikationer av sjukdomen. För jämlik vård är det viktigt med strukturerad uppföljning, som kallelser från väntelista, dokumentation enligt diabetesmall och uppföljning av statistik i NDR och primärvårdskvalitet.

Indikator(-er)
Med indikator avses ett mått som ska vara mätbart, till exempel:
- Andel diabetiker som varit på årskontroll senaste året
- Andel hypertoniker som har blodtryck mindre än 140/90
- Andel av patienterna som söker p.g.a. depressiva besvär som får fylla i en viss typ av skattningsformulär
- Detektionsgrad av…..

Välj en eller flera indikatorer som **mäter** de **åtgärder** ni vill jobba med och det **resultat** ni strävar efter. Välj gärna något som går att mäta varje månad för att följa effekten av era åtgärder så de går att justera under resans gång. Formulera det som "Andel…." "Antal…." "Detektionsgrad"

1.	Andel pat med diabetes som varit på årskontroll läkare/diabetes-ssk senaste året
2.	Andel pat med diabetes där det finns ett individuellt målvärde på HbA1c
3.	Andel pat med diabetes där fotstatus registrerats
4.	Andel pat med diabetes där ögonbottenstatus registrerats
5.	Andel pat med diabetes där levnadsvanor registrerats, samt som vid risk fått stöd till förändring
6.	Andel pat med diabetes som uppnår behandlingsmål (HbA1c <52%, blodtryck <140/85, blodfettsbehandling)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Liljeholmens VC	
Verksamhetschef Sandra af Winklerfelt Hammarberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

Nuvarande lägesbeskrivning inklusive basnivå av indikatorerna

Det finns ett diabetesteam med diabetes-ssk, medicinsk fotvård, ansvarig usk för ögonbottenkontroll och läkare med specialintresse. Hög måluppfyllelse jämfört med många andra, se indikatorer före och efter nedan, men bristande kartläggning, patienter som tappas bort p g a individuella väntelistor och avsaknad gemensam struktur för uppföljning och ansvarsfördelning. Bl a brister i registrering av fot- och ögonbottenstatus samt fysisk aktivitet och tobak, jämlik vård inte säkrad. Det fanns ingen struktur för att hitta och följa upp patienter med graviditetsdiabetes och prediabetes.

Källa (-or)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljning (GUPS)

Medrave m4/Clickview eller liknande

PrimärvårdsKvalitet

NDR

Strama

Övrigt:

Beskrivning av genomfört kvalitetsarbete 2018. Var olika yrkeskategorier involverade? Var patienter involverade? Vilka arbetssätt har förbättrats och hur gick ni tillväga? Har det förkommit inslag av personcentrerad vård eller åtgärder som stärker patienten delaktighet i vården? Beskriv.

En arbetsgrupp bildades av två diabetesintresserade och kvalitetsansvariga läkare, och tre diabetes-ssk, samt en inbjuden utvecklingsledare från APC. Även fotsjukvårdare var inblandade i de delar som gäller fotstatus och medicinsk fotvård samt en undersköterska som samordnar kallelser och svar för ögonbottenfotografering. Verksamhetschef var delaktig i en del av mötena. Först diskuterades syftet med kvalitetsarbetet, som sedan delades upp i delmål kring vad som mer konkret kunde förbättras. En kartläggning gjordes om följsamhet till nationella riktlinjer inkl ökad kunskap i att titta på data i NDR och primärvårdskvalitet samt några utförligare journalgranskningar. Bristande struktur i dokumentation och följsamhet till att följa journalmallar så att data kan tas ut ur NDR konstaterades samt brister med kallelsesystem. Det fanns också oklarheter i ansvarsfördelningen mellan diabetes-ssk och läkare.
Tydliga lokala rutiner togs fram utifrån riktlinjer, och gemensamma väntelistor för diabetes samt för prediabetes och graviditetsdiabetes. Lathund/checklista som fanns inom APC anpassades också med målet att alla patienter ska erbjudas evidensbaserad och individuellt anpassad vård, exempelvis genom individuella målvärden för HbA1c. Strukturen och checklistor innebär också att det ska bli lättare att göra rätt, att diabetesmallen med viktiga sökord ska användas minst en gång om året samt att vi ska göra uppföljningar av våra kvalitetsdata minst en gång i halvåret. Ansvarsfördelningen har förtydligats i vem som ansvarar för att dokumentera vad, samt enhetlig rutin för ögonbottenremiss och svar samt fotstatus, både i samband med första utredning och vid årskontroll. Utbildning till läkargruppen och diabetesteamet bl i diabetesmall och fotstatus, med film och skriftlig info. Informationsmaterial till patienter framtaget och implementerat i samråd med MVC och BVC i huset för att fånga upp graviditetsdiabetes och erbjuda uppföljning. En identifierad riskgrupp var hemsjukvårdspatienter så en diabetes-ssk åkte hem och gjorde fotstatus på diabetespatienter inskrivna i hemsjukvården.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Liljeholmens VC	
Verksamhetschef Sandra af Winklerfelt Hammarberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

Resultat Skriv här utfallet av era indikatorer, jämför hur de låg innan, under tiden, och efter att åtgärderna (de förändrade arbetssätten) genomförts

Andelen patienter med diabetes som haft återbesök under året har ökat från 90 % 2017 till 92,5 % 2018 (NDR).
Andelen patienter med diabetes som har ett individuellt satt mål på HbA1c går inte att få fram ur våra data.
Andelen patienter med diabetes som registrerat fotstatus har ökat från 80,1% 2017 till 83,7% 2018 (NDR).
Andelen patienter med diabetes som registrerat ögonbottenstatus har ökat från 83,2% 2017 till 86,8 % 2018 (NDR).
Andelen patienter med diabetes som har registrerade tobaksvanor har ökat från 72 % 2017 till 74% 2018 enligt NDR men enligt M4 finns uppgift för 81 % 2018, varav 20% har fått stöd till förändring.
Andelen patienter med diabetes som har registrerad låg fysisk aktivitet har minskat från 30,8 % 2017 till 11,2 % (NDR), varav 45% har fått stöd till förändring (M4).
Andelen patienter med diabetes och HbA1c < 52 har ökat från 57,8 % 2017 till 61,6 % 2018 (NDR).
Andelen patienter med diabetes och bltr <140/85 har ökat från 58,3 % 2017 till 61,7 % 2018 (NDR).
Andelen patienter med diabetes som står på statiner har ökat från 58 % 2017 till 60 % 2018 (NDR).

Siffrorna skiljer sig något mellan olika system, här har vi valt att titta på helår och främst data i NDR, eftersom det också underlättar jämförelser med andra, men kvalitetsarbetet påbörjades strukturerat under hösten 2018 och fortsätter under våren så det hade kunnat vara bättre att jämföra senaste 12 månaderna med tidigare. Vi förväntar oss fortsatt förbättrade värden. Det är också viktigt att se att antalet registrerade patienter med diabetes varierar över tid. Vi fortsätter arbetet med kontrollistor för att försäkra att inga patienter tappas bort.

Tolkning av resultat – Diskussion – Vilka svårigheter har ni stött på? Vilka framgångsfaktorer har ni upptäckt? Hur ska enheten jobba vidare inom området?

Det har varit väldigt bra att arbeta i en tvärprofessionell grupp samt att vi har fått externt stöd och kompetens från APC. Det har blivit ett engagemang och ett "driv" i gruppen som medfört ökad kunskap om varandras roller, kunskap om att arbeta med strukturerad process och en positiv inställning till förbättringsarbete. Det som kan vara svårt är att få med hela vårdcentralen och alla läkare i detta arbetssätt. Det har fungerat bra med införande av väntelistor t ex som upplevs underlätta arbetet, men vi ser att det är svårare att förändra sätt att dokumentera, att använda mallar och att få följsamhet i det man ska göra enligt checklista. Vi har en plan för hur arbetet ska fortsätta implementeras under våren med information och diskussion på Stor-APT samt på fler läkarmöten och andra enhets-APT. Vi tror att det är viktigt med fortsatt uppföljning och att arbetsgruppen nu har en ökad kunskap i att använda NDR för uppföljning. Återkoppling av kvalitetsdata tror vi är en möjlig väg att engagera även de andra när de ser konkreta resultat.

När vi inte har dokumenterat strukturerat tidigare så blir det svårt att följa upp förändring i mätbara mål, t ex saknades uppgifter för tobak och fysisk aktivitet för många patienter trots att det vid granskning fanns i journal men dokumenterat på ett felaktigt sätt.

Vi har inte haft några patientrepresentanter med i arbetet, vilket medför att vi inte vet hur patienterna kommer uppfatta vårt förbättringsarbete. Det skulle kunna vara en framtida utveckling att ta med.

Vi hade ganska bra värden till att börja med och har förmånen att ha tillgång till diabetessjuksköterskor och tvärprofessionellt samarbete även med Rehab i huset för diabetesskola mm. Men vi ser ändå att förbättringar kan göras som medför bättre hälsa och kontroll för våra patienter med diabetes. Vi har också en struktur för att ha kontroll på de patienter som haft graviditetsdiabetes eller som bedöms som prediabetes, och har redan tidigare arbetat med att ta fram en livsstilshörna där det finns möjlighet att väga och mäta sig samt få mer information om vad man kan göra själv åt sina levnadsvanor. Vi tror att det dels kan ge ökad patientdelaktighet men också en tydlig signal om att vi arbetar aktivt för att främja patienternas egna arbete med sunda levnadsvanor.