

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

### del 1 och del 2

#### DEL 1 – Planen

**Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner**  
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.  
**Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.**

Katarina Gustner (katarina.gustner@sll.se) Vch, Thore Karlsson (thore.karlsson@sll.se) MAL, Masuda Begum, Diabetessjuksköterska (from 2019-05-20), Camilla Landerberg, Medicinsk sekreterare (tom 2019-12-15)

#### Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?**  
Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

**T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målbloodtryck**

**Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke**

Diabetes typ två drabbar i Sverige ca 500 000 personer (4%) men det är en globalt mycket starkt ökande sjukdom. Sjukdomen karakteriseras av högt blodsocker i samband med insulinresistens och relativ insulinbrist. Detta står i kontrast mot typ 1-diabetes, som innebär absolut insulinbrist till följd av destruktion av cellöar i bukspottskörteln.

Enligt medrave m4 har de senaste två åren 317 patienter fått denna diagnos (3,3 %) på Bergshamra Ulriksdal Vc. Det något lägre antalet kan bero på något fler unga ffa internationella studenter i vårt område.

I relation till nationella riktlinjer har vår vårdcentral något högre andel patienter med höga sockervärden (mätt via Hba1c>70) 13,1% jfr 9,6 %, något lägre andel med i journalen korrekt registrerat fotstatus (46,7 % jfr 75,2 %) men något bättre blodtryckskontroll (Btr < 140/85) 60,6 % jfr nationellt 46,3 %.

#### Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

Vi vill se ifall en nyinrättad sköterskeledd diabetesmottagning för uppföljning av dessa patienter leder till förbättrad diabeteskontroll och mer enhetlig journalföring av dessa ofta sköra patienter.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

### **Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt**

**T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer**

Diabetes typ två medför lidande och kostnader främst genom dess följd effekter som tidig atheroscleros (medförande hjärtsjukdomar och stroke) och tidig småkärlssjuka (medförande retinopati och nefropati) med syn och njurpåverkan samt risk för ffa fotsår. En noggrann uppföljning krävs för att förebygga dessa komplikationer och då med särskild kontroll av blodtryck, blodssockervärde och fotstatus.

Vi ser ett visst förbättringsutrymme för detta vid vårdcentralen och vill pröva om en nyinrättad sköterskemottagning kan ge förbättring. Till denna mottagning planerar vi via sökning i rapportverktyget RAVE i tidsordning kalla de som ej gjort sin kontroll.

Aktuella variabler (senaste uppmätta blodtryck, datum för fotstatuskontroll och ögonbottenfotografering) kan enkelt fås via rapportverktyget RAVE.

Mätning för senaste året (180319-190318) visade att 60 % av de kontrollerade diabetikerna hade ett blodtryck under 140/80, att 13 % hade ett blodssockervärde (HbA1c) över 70 och att korrekt ifyllt fotstatus fanns hos 46,7 %.

Vi har som mål att söka nå medelnivån av de vårdcentraler som rapporterar till NDR där 11 % av patienter har HbA1c under 70 och 75 % för fotstatus samt söka öka vår andel med blodtryck (där vi överträffar nationellt medel) till mål enligt nationella riktlinjer till 65 %. Det kan vara svårt att nå målen redan första året varför vi sätter upp delmål för detta år vi planerar att följa månadsvis med slutlig sammanställning av resultatet tidig vår 2020. Beräknad start är 2019-08-26.

### **Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?**

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.
  - b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).
- a. Genom införande av en för dessa uppföljningar särskilt inrättad sköterskeledd mottagning hoppas vi att en säker och kontinuerlig uppföljning kan fås.
  - b. En fördel med en sådan mottagning är att patienten oftast kan återkomma till samma sköterska varje år. Det blir också en till den aktuella frågeställningen begränsat besök som ej störs av andra besvär och sjukdomar som lätt annars kommer att dominera besöket. För patienten tror vi denna kontinuitet är viktig.
  - c. Vårdcentralens förslagslåda kommer att användas för att samla in synpunkter från patienter

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

**Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)**

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge (% eller antal)</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel diabetiker med HbA1c över 70	13 %	2019-08-26	11%	<b>2019-12-31</b>
<b>Indikator 2</b>	Andel diabetiker med korrekt ifyllt fotstatus	46,7 %.	2019-08-26	65 %	<b>2019-12-31</b>
<b>Indikator 3</b>	Andel diabetiker med kontrollerat blodtryck enl. riktlinjer	60%	2019-08-26	65 %	<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>					
<b>Indikator 5</b>					

**Kommentar (valfritt):**

Att måtten finns i RAVE innebär att man kan mäta med täta intervall. Troligen kan man ej se förändringar på kortare intervall än kvartalsvis men då mätningen är enkel via rave planerar vi att mäta varje månad.

Ett ytterligare processmått skulle kunna vara månadsvis sammanställning av hur många besök som genomförts vid sköterskeledd mottagning. Vi planerar även att mäta hur många mottagningsdagar (tillfällen) vi kunnat genomföra varje månad då detta rimligen kommer att variera med ledigheter.

**Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: [forbattringsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattringsarbeten.hsf@sll.se)

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

## **DEL 2 – Slutredovisningen**

**OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.**

### **A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Strukturen och flödet vid denna mottagning har utarbetats av vårdcentralens diabetesteam med diabetesintresserad läkare, vår diabetessjuksköterska och medicinsk sekreterare. Teamet har haft möte en timme varannan vecka. Beroende på sjukdom och/eller semester har mötesfrekvensen varierat något. Vi inhämtade rutiner från flera vårdcentraler och såg på så sätt vilka flöden som fungerat på andra platser och kunde med vår lokalkännedom välja vad som skulle fungera bra hos oss.

Då alla i teamet var nya för detta uppdrag såg vi uppdraget med nya ögon. Via Rave gick teamet igenom patientlistor och kunde välja ut de patienter som hade höga HbA1c och ej varit på vårdcentralen sedan länge, till denna grupp kom även de nydebuterade diabetikerna och de som vid t.ex. läkarbesök bedömts behöva extra stöd.

Vi började med strukturerad mottagning i september månad. Behovet av sjuksköterskestöd var så stort att vi ej kunde starta med en studie i liten skala och det var inte möjligt för oss att genomföra en för-studie eller pre-set.

Teamet har regelbundet återkopplat om sitt arbete till övriga medarbetare på APT. Vid dessa tillfällen har medarbetare kunnat lyfta frågor om struktur och flöde för diskussion.

Enhetschef har ansvarat för schemaläggning i samarbete med diabetessjuksköterska. Medicinska sekreteraren har ansvarat för att strukturera väntelistan och skicka kallelsebrev till patienter. Medicinska sekreteraren har också ansvarat för att boka patienter för besök.

Inga förslag eller synpunkter har inhämtats från patienterna via vårdcentralens förslagslåda. Detta beror troligtvis till största delen på att den inte sitter i närheten av mottagningsrummet.

För att förbättra flödet för patienten föreslogs teamet av en diabetespatient att diabetessköterskan skulle ha möjlighet att ta prov för HbA1c på mottagningsrummet. En provtagningsapparat och kassetter införskaffades. På så vis får patienten svar och återkoppling direkt vid besöket vilket anses positivt.

Vi mätte utfall via månadsvisa sökningar i RAVE, resultaten redovisas i bilaga 1. Via kalendern i Take care har vi månadsvis sammanställt uppgifter ang. antal mottagningsdagar samt antal besök, resultaten redovisas i bilaga 2.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	13 %	2019-08-26	11%	5% (dec månad) 12% sept-dec	<b>2019-12-31</b>
<b>Indikator 2</b>	Andel diabetiker med korrekt ifyllt fotstatus	46,7 %.	2019-08-26	65 %	27% dec, 48% sept-dec	<b>2019-12-31</b>
<b>Indikator 3</b>	Andel diabetiker med kontrollerat blodtryck enl. riktlinjer	60%	2019-08-26	65 %	70,7 % dec månad 68 % sept-dec	<b>2019-12-31</b>

### Övriga kommentarer:

Vi noterade en god stegring av andelen patienter med genomförd fotstatusundersökning efter igångsättandet av diabetesmottagning. Detta sammanfaller med att diabeteskontrollerna kom igång efter sommarens minskade mottagningar. I absoluta tal ses en ökning från 46,7 % till 48 % efter igångsättandet av diabetesmott. En felkälla i detta (som borde vara systematisk), är att diagnosen diabetes används vid även andra besök än egentliga diabetesbesök. Diabetes är inte sällan en faktor av betydelse vid tex infektioner av olika slag och diagnos sätts då även (naturligtvis utan fotstatus) även i dessa fall.

Litet förvånande minskade andelen patienter med höga HbA1c värden relativt litet (dåligt kontrollerade patienter) men detta var säkert orsakat av att vi aktivt letat efter de eftersatta patienterna som nu fick tider och då hade dåliga värden. Således ett förstäeligt resultat.

Andelen patienter med välreglerat blodtryck ökade. Detta kan ju bero på att det är betydligt enklare att behandla blodtrycket medan sockernivåer både är svårare att påverka och tenderar att ha en stigande trend till följd av sjukdomens art.

Besök hos diabetessjuksköterskan kombineras med motiverande samtal om livsstilsförändringar men det krävs uppföljning under tid för att se resultaten av detta.

En hel del patienter kom till andra vårdgivare för andra sjukdomar där diabetes har betydelse för tex val av behandling och diagnos därför satts utan att man vid dessa besök egentligen behandlat diabetes. Detta leder till att vi får en tröghet i förändringar i de mätningar vi kan göra. Vi har valt att mäta resultaten inte bara för de patienter som kommit till diabetesmottagningen utan – mer rättvisande - alla som kontrollerats och behandlats vid vårdcentralen.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

### **C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?**

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1.
  - Förändringsarbete är stimulerande och roligt ffa. när man kan göra det inom en nystartad grupp eller team.
  - Verkligheten är multivariat, beror på många faktorer och kan därför sällan mätas enkelt över tid. Alla mätningar tenderar att påverka den grupp man vill mäta och ger då inte helt rätt resultat.
  - Det är viktigt att teamets uppdrag är tydligt kommunicerat till övriga medarbetare. Särskilt tydligt blir detta vid bokning av besök. Diabetessköterskan har även andra arbetsuppgifter på vårdcentralen som t ex TeleQ och ordinarie mottagningsbesök. Att kunna markera vilka dagar eller tider som var avsatta för diabetesmottagningen var en grundläggande framgångsfaktor.
  - Det är viktigt att teamet får avsatt tid för möte för utveckling av diabetesmottagningen.
  - För att diabetesmottagningen ska utvecklas behövs även ett nära samarbete med diabetesansvarig läkare och sjuksköterska med t ex gemensamma ronder.

2.
  - Patienternas delaktighet har ökat genom att de fått närmare samverkan med sin diabetessköterska.
  - Vi uppmanar till att patienterna ska använda den särskilda telefonen till diabetessköterskan för kommunikation vid t ex behov av förskrivningshjälpmedel. Det bidrar till ökad kontinuitet i vårdkontakten.
  - Vi har lyssnat på, och tagit hänsyn till, patienternas synpunkter som framkommit vid besöken. Vi har varit öppna för deras förslag och på så vis utvecklat mottagningen.

3.
  - Diabetesmottagning kommer att fortsätta och vi kommer att kunna fortsätta mäta valda variabler.
  - En livsstilsbaserad patientgrupp planeras till våren i samarbete med en av vårdcentralens psykologer, diabetessköterska och diabetesläkare samt ev. med sjuksköterska med särskild utbildning i fysisk aktivitet på recept (FaR). Patientgruppen ska träffas ca. 4 gånger med olika tema varje gång.
  - Att på sikt överföra visst ansvar för läkemedelsbehandling till sjuksköterska.

4.
  - RAVE är ett mycket bra instrument för dessa mätningar. Vissa mått kan även fås via statistiksökning (cortexsökning) via E-Hälsa i SLSO.

### **D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)