

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral Tyresö	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Carina Heed	

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

### del 1 och del 2

#### 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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbatteringsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbatteringsarbeten.hsf@sll.se) senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@sll.se](mailto:rita.fernholm@sll.se).

#### 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.**

Åsa Gunnemyr-Granlund, ssk, Pia Asklöf, dsk, Gisela Jaeger, dsk och Gunilla Dandanell-Litzén, dl

Kontaktperson: [giselajaeger@sll.se](mailto:giselajaeger@sll.se)

#### 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 målblodtryck**

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

1. Vi ser i NDR att vi har många patienter med diabetes som har ett HbA1c över 70mmol/mol.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral Tyresö	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Carina Heed	

2. Vi har ett vårdprogram på Bollmora vc för diabetes där prediabetes ingår, dock har vi inget utformat kallelsesystem för den gruppen.
  
3. Vi ser ett behov av att utforma ett frågeformulär om livsstilsfaktorer som patienten kan fylla i hemma i lugn och ro innan besök till ssk på halvårsbesöken. Detta för att involvera patienten samt visa att vården tycker att livsstilsfaktorer är viktiga.
  
4. Vi ser ett behov av att lära oss att använda NDR mer i arbetet med patienten för att nå ett mer individanpassat arbetssätt, ex. "Riskmotor".

#### **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.....

Diabetes mellitus typ 2 och prediabetes.

#### **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**

Vårt mål är att förbättra hälsan och omhändertagandet hos våra patienter med diabetes mellitus typ 2 och prediabetes. Detta är viktigt för att minska senkomplikationer och lidande för patienter med diabetes samt att förhindra utvecklandet av diabetes för patienter med prediabetes.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral Tyresö	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Carina Heed	

#### **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.
    1. Identifiera patienter med HbA1c över 70 via NDR/Medrave(m4), vid besök hos läkare och sjuksköterskor samt externa remisser. Utarbeta en rutin för denna patientgrupp.
    2. Skapa en väntelista och ett kallelsesystem för patienter med prediabetes.
    3. Utgå från befintligt frågeformulär i TC alt. utforma ett eget formulär ang. livsstilsfaktorer.
    4. Diabetesteamet gemensamt ”tränar” tillsammans i hur vi kan använda NDR tillsammans med våra patienter. Även delge kunskap till övriga kollegor som arbetar med diabetes.
  - b. Vi har sett att en individanpassad vård där patienten känner sig delaktig i sin vård många gånger leder till ett bättre hälsoutfall. Eftersträva att alla patienter har baskunskaper om sin sjukdom, diabetes mellitus typ 2 och prediabetes.

#### **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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral Tyresö	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Carina Heed	

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> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	HbA1c över 70	12%	2019-04-17	9%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Väntelista för prediabetes	0%	2019-04-17	100%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>	Skicka frågeformulär ang. livsstilsfaktorer inför ssk-besök.	0%	2019-04-17	100%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>	Kunskaper om NDR så att den tjänsten kan användas av alla läkare och ssk som arbetar med diabetes.	30%	2019-04-17	60%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>					<b>20191231</b>

**Kommentar (valfritt):**

**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: [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral Tyresö	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Carina Heed	

## 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.

Personalen som har påbörjat kvalitetsarbete har avslutat sin anställning på vårdcentralen. Ingen material avseende förbättringsarbete samt resultat har lämnats över. Den nya diabetessköterskan (från oktober) ska utifrån DEL 1 och kommentarer från Karl Högström redovisa uppnådda resultat kvalitetsarbete DEL2.

Patienter med HbA1c > 70 mmol/mol identifierar man regelbundet via Medrave(m4) /NDR.

Uppföljningar via diabetessköterskan har intensifierats. Resultatuppföljning sker genom kontinuerlig statistik från NDR/Medrave.

Patienter med latent diabetes (prediabetes) kallas årligen till diabetessköterska. De ingår i väntelistan Diabetessköterska med förtydligande att det är prediabetes och kallas med samma brev som diabetes patienter.

Frågeformulär avseende levnadsvanor som motsvarar journalmallen i Take Care har utformats och skickas till alla patienter inför årlig kontroll hos diabetessköterska.

Den nya diabetessköterskan har goda kunskaper avseende NDR och Medrave och jobbar aktivt med Riskmotor.

Ett samarbete med dietist och fysioterapeut har etablerats.

### 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 >70 mmol/mol	12%	2019-04-19	9%	11,2 %	2019-12-31
<b>Indikator 2</b>	Andel som har besvarat frågeformulär om levnadsvanor	0%	2019-10-15	100%	100%	2019-12-31
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med prediabetes som finns på väntelistan	0%	2019-04-19	100%	100%	2019-12-31
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral Tyresö	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Carina Heed	

**Övriga kommentarer:**

Diabetessköterskan har ändrat indikatorer eftersom vissa inte var mätbara. Karl Hagström har påpekat detta och rekommenderat ändring.

**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.  
Patienter med HbA1c > 70 mmol/mol behöver tätare besök hos diabetessköterska och läkare. Långa intervaller mellan besöken kan vara förödande för möjligheten att få bättre kontroll över blodsockernivån.  
Genom att ha patienter med latent diabetes på väntelistan uppnår man bättre struktur och patienter känner sig tryggare.  
Att jobba med att implementera förändringar av levnadsvanor är en stor utmaning. En viktig faktor för att uppnå goda och hållbara resultat är patientens egen motivation och förmåga att genomföra förändringar.  
Kontinuerlig uppföljning och återkoppling till patienten och till vårdpersonal på enhetsnivå är viktig. Till exempel kan data från NDR användas i detta sammanhang.

2.  
Genom att patienten har fyllt i frågeformulär har hen redan då analyserat sina levnadsvanor och eventuellt börjat tänka förändring. Diabetessköterska kan mer effektivt gå genom livsstilen och ge råd om egenvård. Man bör ge individanpassad kunskap till patienten, då detta är en förutsättning för att motivera till förändring av levnadsvanor och för att ta kontroll över sin livssituation och sin sjukdom.  
Genom kontinuerliga besök och väntelistor uppnår man trygghet och förtroende för vården hos patienten.

3.  
Att aktivt jobba med väntelistor och NDR/Medrave.  
Att genom täta kontakter och uppföljningar minska antal patienter med HbA1c > 70 mmol/mol.  
Att utveckla tvärprofessionellt samarbete med dietist och fysioterapeut som kan resultera i flera teambesök och olika undervisningsformer. Vi planerar Diabetesprogram under sex veckor, två gånger i veckan, med träning två gånger i veckan och möte med dietist en gång i veckan. Patienten kommer att kontrolleras avseende blodsocker före och efter programmet via diabetessköterska. Uppföljning kommer att ske efter programmet samt efter tre, sex och 12 månader.

4.  
NDR  
Medrave (m4)  
Diabetesvård Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer  
Framgångsfaktorer i diabetesvården, en jämförande studie av diabetesvård i primärvård (SKL)  
Viss – medicinskt och administrativt stöd för primärvården

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral Tyresö	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Carina Heed	

**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@sl.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sl.se)