

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Doktor Kom Hem husläkarmottagning

Verksamhetschef

Ewabritt Andersson

Aktnummer (ifylles av HSF)

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 forbattningsarbeten.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.

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.

Ewabritt Andersson läkare. Monia Landolsi diabetessköterska.
ewarittandersson@gmail.com.

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

Vi är bra på att fånga upp våra diabetiker men vi kan bli bättre. Det är nödvändigt att få en bra kontroll och att man försöker sänka HBA1C för de patienter som inte når målet. Diabetes är en progredierande sjukdom med flera riskfaktorer som kan ge hjärtinfarkt, stroke och neuropatier bland annat. Det är en stor vinst för både patient och samhället att dessa patienter sköts på bästa sätt.

Detta kan göras med en bra blodsockerbalans och med att vi följer upp patienterna regelbundet.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Doktor Kom Hem husläkarmottagning

Verksamhetschef

Ewabritt Andersson

Aktnummer (ifylles av HSF)

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 typ 2.

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

Vi vill förbättra HBA1C-värdet för våra diabetespatienter då risken annars är stor för sena komplikationer med förhöjda blodsockervärden.

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

- 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.
- Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [ORC:s verktygslåda](#).

a.

- Patienterna kallas regelbundet till både läkare och diabetessköterska.
- Vi vill ha täta kontroller för att nå målet för HBA1C.
- Förmedla kontakt med diabetesmottagning vb.
- Ge livsstilsrådgivning.

Vilka är de tänkbara orsakerna till att vi inte har nått målen?

- Kan bero på att patienten inte följer råd och medicinering.

Varför har vi problem?

- Kan bero på att patienten inte kommer på planerade besök som kan bero på tidsbrist.

Vilka orsaker finns bakom?

- Kan var svårt att motivera patienten till livsstilsförändring om detta behövs.

b.

Det som är viktigt för våra patienter är bland annat att leva ett långt och friskt liv och slippa diabeteskomplikationer. Majoriteten av patienterna uppskattar de regelbundna besöken. Vi har motiverande samtal samt involverar patienterna genom ett gott samarbete där de tillsammans med sköterska får formulera egna mål och delta i vårdplaneringen.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Doktor Kom Hem husläkarmottagning

Verksamhetschef

Ewabritt Andersson

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...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge i % = Startläge och 2018 resultat	Datum /period för startläge	Mål %	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Skall träffa läkare minst 1/år	0 / 91 %	2019	95	20191231
Indikator 2	Skall träffa diabetessköterska Minst 1 gång/år	0 / 99 %	2019	95	20191231
Indikator 3	Fotstatus	0 / 97 %	2019	100	20191231
Indikator 4	HbA1C <52	0 / 72 %	2019	95	20191231
Indikator 5	Ögonbottenfotografering. Efter rekommendation av ögonläkare	Individuell Bedömnin g	2019	100% av de som ska kallas i år	20191231

Kommentar (valfritt):

-**Nuläget** är 0% av alla dm-patienter inskrivna på mottagningen 20190101 alternativt det procenttal som uppnåts 2018 för att kunna mäta en förbättring jämfört med 2019.

- Remiss till **ögonbottenfotografering** skrivs på alla diabetespatienter vid diagnossättning. Ögonläkare bedömer då när patienten ska återkomma för ny screening. Målet är att alla dm-patienter går på alla sina screenings.

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

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Doktor Kom Hem husläkarmottagning

Verksamhetschef

Ewabritt Andersson

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.

På Doktor Kom Hem husläkarmottagning har vi säkerställt vård för diabetes-patienter med:

- Att systematiskt boka alla dm-patienter på väntelistan i Take-care.
- Att ha 2 väntelistor, en för årlig dm-kontroll och en för remiss till ögonbottenfotografering.
- Att skicka ny kallelse vid avbokning/uteblivet besök.
- Att ringa och söka patienten vid upprepade avbokning.
- Att jämföra patientdata i olika system såsom NDR, tidigare kvalitetsarbete och Take-care.

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 från 2018 (%)	Datum/period för startläge	Mål (%)	Resultat (%)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Dm-Läkarbesök minst 1g/år	91	20190101	95	100	20191231
Indikator 2	Dm-sjukssköteskebesök minst 1g/år	99	20190101	95	100	20191231
Indikator 3	Fotsstatus 1g/år	97	20190101	100	100	20191231
Indikator 4	HbA1c < 52	72	20190101	95	79	20191231
Indikator 5	Ögonbottenfoto enligt remissvar	100	20190101	100	100	20191231

Övriga kommentarer:

Patientunderlaget har ökat från 68 till 71 på ett 1 år (8 nya och 5 omlistade).

Den andel av patienter som hade **årlig diabeteskontroll hos läkare** under 2018 var 91 % och har förbättras till **100%** under 2019.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Doktor Kom Hem husläkarmottagning

Verksamhetschef

Ewabritt Andersson

Aktnummer (ifylles av HSF)

Gällande den årliga **dm-kontrollen hos sjuksköterskan** är det också en förbättring från 99% till **100%** på ett år.

Fotstatusundersökning hos dm-sjuksköterska alt. hos fotvårdare ökade från 97% till **100%**.

HBA1C under eller lika med 52 mmol/l ändrades från 72% till **79%**.

Ögonbottenfotografering har gjorts på samtliga patienter som var planerade att år 2019 genomgå denna undersökning. Därmed har vi kommit upp i **100%**.

Under år 2018 var 27 patienter av 68 remitterade och genomgått undersökningen.

Under 2019 var det 9 stycken av de 71 patienter som behövde ny remiss var av alla 9 var på sin undersökning.

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

Det finns alltid utrymme för förbättringar.

Vi har fått ett ökat intresse för omhändertagande av diabetespatienterna.

2

Patienterna har själva tagit del av mätvärden och provresultat från NDR och på så vis själva blivit mer motiverade att ta ansvar för sin sjukdom.

3

Plan framåt är att lägga mer tid och arbete på patienter med högt HBA1C.

Att ta ut information var 3:e månad och kalla de som ligger högst i HBA1C.

4

Take-care och NDR.

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