

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Gröndals vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Christel Wisdahl	

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 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.

Ansvarig för kvalitetsarbetet:
Distriktssköterska Kerstin Gustafsson
Distriktsläkare Pontus Järlund
Verksamhetschef Christel Wisdahl

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 ser i NDR och Med-Rave att vi endast når målvärdet för HbA1c > 70% enligt Nationella riktlinjer för diabetes där vi ligger på 6,7% och målvärdet är < 10%. För flera indikatorer, t ex blodtryck och fotstatus når vi inte målvärdet. Fler diabetiker borde ha statinbehandling. Vi tror att det går att förbättra dessa indikatorer om vi uppmärksammar dem.

Det finns även ett antal prediabetiker, 114 personer, som vi fann vid en MedRave-sökning, där vi vill försöka systematisera omhändertagandet och motivera till bättre levnadsvanor för att undvika en diabetesdiagnos och ev senkomplikationer.

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.....**

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Gröndals vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Christel Wisdahl	

I vårt kvalitetsarbete för 2019 kommer vi fokusera på diabetes och de indikatorer som nämns ovan. Vi vill även försöka att identifiera fler patienter med pre-diabetes och strukturera omhändertagandet av dessa och där lägga särskild fokus på livsstilsfrågor för att om möjligt fördröja en diabetesdiagnos.

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

Gröndals vårdcentral hade vid årskiftet 11 867 listade patienter. Under 2018 hade 327 patienter en diabetesdiagnos. Vi vill förbättra omhändertagandet av de diabetiker som inte når mål-blodtryck (<140/85) vilket är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer. Det är också viktigt att öka andelen diabetiker som får statiner av samma skäl. Fotstatus borde genomföras på fler patienter för att minska risken för fotkomplikationer.

När vi söker i MedRave två år tillbaka, åren 2017 + 2018, hittar vi 114 patienter med diagnos pre-diabetes. Av dessa hade 17 personer under samma tid utvecklat en diabetes (MedRave).

Vi vill därför satsa på att hitta fler personer med pre-diabetes för att med hjälp av livsstilssamtal försöka fördröja en ev diabetesdiagnos. I Europa beräknas cirka 10% av befolkningen i åldern 20-79 år ha glukosintolerans (IGT) med en betydligt ökande förekomst hos äldre. Vi ligger alltså långt ifrån att ha upptäckt alla prediabetiker på Gröndals vårdcentral. Cirka 15% till 30% av personer med prediabetes kommer att utveckla typ 2-diabetes inom fem år. (VISS.nu)

Behandling bör riktas mot förändring av levnadsvanor, t ex rökning, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor varför detta blir vårt fokus.

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](#).

- Aktivt leta efter (MedRave) de diabetespatienter som ej når målblodtryck, ej har statinbehandling och de som saknar genomförd fotastatus för att kunna åtgärda detta. Prediabetiker ska identifieras genom sökning i MedRave eller fångas upp på hypertoniomtagning (eller våra andra mottagningar). Vi kommer att erbjuda hypertoniomtagning att fylla i risktest för diabetes typ II. Vi kommer inte att fokusera på någon specifik åldersgrupp utan tittar efter riskfaktorer hos framförallt hypertoniomtagningarna eftersom vi har en välfungerande hypertoniomtagning.

- Diabetiker som ej når målblodtryck erbjuds stöd av hypertoniomtagning på vårdcentralen. Fotstatus för remiss till fotterapeut/fotmottagning vid riskfot 2 eller mer. V b motivera patienten till statinbehandling (läkarna). Patienter (på hypertoniomtagningen) med riskfaktorer för diabetes får fylla i en riskanalys för typ II diabetes (Diabetesförbundet/1177/VISS). Information i anslutning till enkäten angående levnadsvanor. Vi kommer att lägga särskild vikt på matvanor, tobak och fysisk aktivitet. Patienten kallas för kontroll vart annat år (vid normoglykemi).

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 snabbspirometrietrer 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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Gröndals vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Christel Wisdahl	

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 snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel diabetiker med blodtryck <140/85	51,4%	190101	60%	20191231
Indikator 2	Andel diabetiker med genomförd fotstatus	77%	190101	85%	20191231
Indikator 3	Andel diabetiker med statiner	64%	190101	>70%	20191231
Indikator 4	Antal pat med diagnos prediabetes (R730A)	114	190101	>114	20191231
Indikator 5	Andel pat med prediabetes som utvecklat en diabetes	17/114 = 14,9%	190101	<15%	20191231
Indikator 6	Andel pat med prediabetes som fått <i>åtgärd tobak</i>	15/114= 13%	190101	>13%	20191231
Indikator 7	Andel pat med prediabetes som fått <i>åtgärd fysisk aktivitet</i>	85/114= 74,5%	190101	>74,5%	20191231
Indikator 8	Andel pat med prediabetes som fått <i>åtgärd matvanor</i>	82/114= 71,9%	190101	>71,9%	20191231

Kommentar (valfritt):

15/114 patienter har registrerad *åtgärd tobak*. 99/114 patienter har fått frågan om rökning och tobak men det går ej att få fram data hur många som verkligen använder tobak. Endast 1 patient har fått diagnos rökning.

Vi har lagt till 3 indikatorer och hoppas att det är OK.

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Gröndals vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Christel Wisdahl	

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.

- Vi har numera en väntelista för pre-diabetiker och de kallas 1 gång/år.
- Vid besöket tar vi längd och vikt. Blodprover; HbA1C och f-b glukos. Går igenom levnadsvanor. Tar ställning till ev glukosbelastning.
- Patienter fyller i "Find risk" (screeningsinstrument) och samtalar med DSK om resultatet.
- När DSK på hypertoni-mottagningen ser att patienten har riskfaktorer för diabetes fyller patienten i Find risk och diskuterar detta med DSK.
- Vi ska ha särskild uppsikt över patienter med riskfaktorer enligt VISS program.
- Vid remiss till fotterapeut efterfrågas alltid fotstatus. Eftersom vi pga patientdatalagen inte får in externa uppgifter i vårt journalsystem syns inte de fotstatus som gjorts hos fotterapeut. Vi ska därför kopiera in resultatet i den egna journalen i framtiden så att vi kan följa resultatet bättre.

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
Indikator 1	Andel diabetiker med blodtryck <140/85	51,4%	190101	60%	59,4%	191231
Indikator 2	Andel diabetiker med genomförd fotstatus	77%	190101	85%	79,9%	191231
Indikator 3	Andel diabetiker med statiner	64%	190101	>70%	63,8%	191231
Indikator 4	Antal pat med diagnos pre-diabetes (R730A)	114	190101	>114	152	191231
Indikator 5	Andel pat med prediabetes som utvecklats till diabetes	17/114 = 14,9%	190101	<15%	19/152 12,5%, varav 9 fick sin diagnos 2019	191231
Indikator 6	Andel pat med prediabetes som fått åtgärd tobak	15/114 = 13%	190101	>13%	19/152 12,5%	191231
Indikator 7	Andel pat med prediabetes som	85/114 = 74,5%	190101	>74,5%	101/152 66,4%	191231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Gröndals vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Christel Wisdahl	

	fått åtgärd fysisk aktivitet					
Indikator 8	Andel pat med prediabetes som fått åtgärd matvanor	82/114= 71,9%	190101	>71,9%	102/152 67%	191231

Övriga kommentarer:

Vi får fram olika siffror från MedRave, trots samma sök-sätt som vid startpunkten. Under året har vi ökat listning (12 300) och även hittat betydligt fler prediabetiker, vilket var ett mål.

Fler patienter med diabetes når målblodtryck och något fler har ett dokumenterat fotstatus. Det finns sannolikt fortsatt utrymme för ökad statinanvändning.

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. Med ett strukturerat omhändertagande hos hypertoni/diabetessjuksköterska når fler målblodtryck och fler patienter med prediabetes kan få hjälp att förebygga utveckling av diabetes
2. Vi har sett att det finns svårigheter att motivera vissa patienter att medverka trots att vi kallar dem till både läkare och dsk-besök.
3. Trots att vi tar fram RAVE-data och redovisar för läkare och sjuksköterskor har vi inte nått alla våra mål. Vissa trender är positiva. Vissa har större förbättringspotential.

2. Vi har i samverkan med Diacertprojektet träffat Diabetesförbundets ordförande.

4. Vi håller på att "certifiera" oss med APCs utbildning "Diacert".
Vi ska ha en föreläsning med diabetes-specialist från APC
Vi ska ha en diabetesrond/termin
Vi ska involvera hemsjukvården

5. MedRave, Gups/LUD, 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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Gröndals vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Christel Wisdahl	