

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hammarby Sjästad Husläkare	
Verksamhetschef Helena Wincent/ Filip Öberg	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 [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.**

Ansvarig; Anneli Dammborg, dsk/ diabetessköterska epost [anneli.dammborg@ptj.se](mailto:anneli.dammborg@ptj.se)  
Teammedlemmar; Lilianne Boij, allmänläkare diabetesansvarig, Anna TüllNyman, allmän läkare  
Mette Friberg

#### 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 kallar alla patienter med diagnos diabetes typ 2 två ggr/år, ett besök hos läkare och ett besök hos ssk. Nydebuterade patienter och/eller de med ökad risk (tex höga blodsockervärden) får tätare besök. Prediabetiker har vi ingen gemensam handlingsplan för på mottagningen och alla läkare har sina egna rutiner/ strategier t.ex. egna väntelistor, uppmanar patient att själv boka tid för uppföljning. Det finns en gemensam prediabetes väntelista men där finns i dagsläget endast två patienter namngivna. Enligt statistik från MedRave har vi ytterligare 33 patienter med olika prediabetes diagnoser ( R730A= 25 st, R730B= 7 st, R739= 1 st). Sammanlagt har vi 35 patienter med prediabetes identifierade i olika register.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Hammarby Sjästad Husläkare	
Verksamhetschef Helena Wincent/ Filip Öberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

<p><b>Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete</b>            Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. <b>diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....</b></p> <p>Gemensam rutin/handlingsplan för identifierade prediabetiker</p>
<p><b>Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt</b>  <b>T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer</b></p> <p>Vi vill hitta ett gemensamt arbetssätt på mottagningen för att identifiera och erbjuda patienter en handlingsplan för att inte utveckla eller kunna fördröja ett insjuknande i diabetes typ 2.</p>
<p><b>Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?</b></p> <p>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 <a href="#">verktyget fiskbensdiagram</a> för att ta fram idéer.</p> <p>b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i <a href="#">ORC:s verktygslåda</a>.</p> <p>a. - Ett möte med utbildning för alla läkare och sköterskor som arbetar på mottagningen för att kunna besluta om gemensamma riktlinjer för att identifiera och följa en handlingsplan ( t.ex. VISS) i vårt arbete med prediabetiker.            - Börja använda samma diagnoskod R730B som rekommenderas av            - Skriva in patienter med prediabetes på väntelista i TakeCare            - Kalla patienter per brev till sjuksköterska för livsstilssamtal och faste blodsockerprov en gång per år, vartannat år till läkare            - Löpande ta upp på APT ,varje eller varannan månad, hur nuläget är i projektet och påminna alla om att jobba enligt nya riktlinjer.</p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hammarby Sjästad Husläkare	
Verksamhetschef Helena Wincent/ Filip Öberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

--

- b. Patienter med förhöjt blodsockervärde måste få kännedom om sina ökade risk för att
- c. utveckla diabetes typ 2 och erbjudas livsstilssamtal hos sjuksköterska samt uppföljande
- d. blodsockerprov.
- e.
- f. - Be patienterna fylla i risktestet FINDRISK ( finns på diabetesförbundets hemsida alternativt
- g. diabetes risktestet på 1177.se
- h. - Erbjudas broschyren "Levnadsvanor vid prediabetes" utgiven av Svensk sjuksköterske
- i. förening.
- j.

**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</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>	Andel patienter med prediabetes diagnos	35 st	1/5-19	70 st	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Andel livsstilssamtal till pat med prediabetes	3 st	1/5-19	30 st	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter på prediabetes väntelista som fått diagnos	2 st		100%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>					<b>20191231</b>

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Hammarby Sjästad Husläkare	
Verksamhetschef Helena Wincent/ Filip Öberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

**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 Hammarby Sjästad Husläkare	
Verksamhetschef Helena Wincent/ Filip Öberg	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.

Vi har identifierat alla patienter via MedRave med prediabeteskoderna (R730A, R730B, R739). Läkarna har ändrat koder till R73B som är den som rekommenderas. Vi har informerat på läkar -och sjuksköterskemöten om att identifiera patienter med riskfaktorer för att hitta prediabetiker och att sätta rätt diagnos samt sätta upp på väntelista för att erbjudas hälsosamtal och kontroll av blodsocker årligen.

Två distriktssköterskor har avsatt tid för att ha dessa samtal. Vi följer Viss handlingsplan angående vilka patienter som ska testas, har ännu ej kommit igång med annan screeningverksamhet.

Vi har använt hos av diabetesförbundets blankett ”Testa din risk att få typ2- diabetes” och alla patienter som kommit på hälsosamtal har fått med sig skriften ”levnadsförändringar vid prediabetes”. Vi har gjort en journalmall i TakeCare för dokumentation.

### 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)

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge (% eller antal)</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Resultat (% eller antal)</b>	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med prediabetesdiagnos	35st	1/5-19	70 st	49 st	31/12-19
<b>Indikator 2</b>	Andel livsstilssamtal till pat med prediabetes	3 st	1/5-19	30 st	10 st	31/12-19
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter på prediabetes	2 st	1/5-19	100%	76%	31/12-19

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Hammarby Sjästad Husläkare	
Verksamhetschef Helena Wincent/ Filip Öberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

	väntelista som fått diagnos					
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

**Övriga kommentarer:**

Indikator 1; Har identifierat ytterligare 11 patienter som haft prediabetes värden under 2019 men ej fått någon diagnos eller "fel" diagnos, d.v.s. med rätt diagnos skulle vi haft 60 patienter med prediabetes diagnos på mottagningen.

Indikator 2; Avbokade/uteblivna besök för livstilssamtal = 6 st + patienter som redan under läkarbesök tackat nej till erbjudet hälsosamtal = 8 st. Andra faktorer som medfört ett lågt resultat är tidsbrist pga sjuka/frånvarande kollegor som gjort att annan verksamhet av mer akut karaktär prioriterats. De flesta patienter som fått diagnos har fått det under läkarbesök hösten/vintern -19 vilket även det har givit en tidsbrist att hinna med samtal innan årets slut.

Indikator 3; Fortlöpande information till doktorer att sätta diagnos och använda rätt diagnos kod för 100% mål ska bli verklighet.

**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. Att alla professioner inom vårdcentralen måste hjälpas åt för att identifiera patienter för att kunna hitta riskpatienter och kunna erbjuda hälsosamtal som stöd för att inte utveckla diabetes. Att allt kvalitetsarbete kräver tid och kunskap som ständigt behöver "underhållas". Det behövs en, helst två, personer som är ansvarig för fortlöpande arbete för att arbetet ska fortskrida.

2. Att ge information om risker med förhöjda blodsocker värden och att ge "verktyg" kunskap om vad de själva kan göra för att förhindra/ fördröja insjuknade i diabetes typ 2. Genom hälsosamtal med MI metod kunna att förstärka och hitta motivation till eget beteende förändringsarbete. Få patienten trygg med att vi följer upp tecken på risker och symtom men att patienten har ett eget ansvar för sin hälsa.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Hammarby Sjästad Husläkare	
Verksamhetschef Helena Wincent/ Filip Öberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

3. Att fortsätta identifiera patienter med riskfaktorer för att fördröja eller förhindra insjuknande i diabetes typ 2. Årliga blodsocker kontroller hos läkare alternativt sjuksköterska. Ha kvar en väntelista för patienter med prediabetes diagnos.

I framtid kunna erbjuda gruppinformationsmöten till risk målgruppen för tidsbesparing och också för att fånga gruppdynamik och skapa stöd från personer i liknande situation. På dessa möten eftersträva att fler professioner kan ge information under samma tillfälle.

4. MedRave, TakeCare.

**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)