

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Lisebergs 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](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 för kvalitetsarbetet:  
Distriktssköterska Märit Söderberg  
Distriktsläkare Emma Duvell  
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 inte når målvärde enligt Nationella riktlinjer för diabetes för flera indikatorer, bl a blodtryck och fotstatus. Fler diabetiker borde ha statinbehandling. Vi tror att det går att förbättra dessa indikatorer om vi uppmärksammar dem.

Det finns endast ett fåtal patienter som har fått diagnosen prediabetes, 44 personer. Vi fann dessa genom en MedRave-sökning. Vi behöver fokusera mer på denna patientgrupp, särskilt med tanke på att många av våra patienter har en invandrarbakgrund. Vi ska försöka identifiera fler patienter med diagnosen och systematisera omhändertagandet av dem. 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.....**

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Lisebergs 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**

Lisebergs vårdcentral hade vid årskiftet 10 417 listade patienter. Under 2018 hade 415 patienter en diabetesdiagnos. Vi vill försöka att öka andelen diabetiker som 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 44 patienter med diagnos pre-diabetes. Av dessa hade 6 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 Lisebergs 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	
Lisebergs 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...**

	<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>	<b>Andel</b> diabetiker med blodtryck <140/85	51,5%	190101	60%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	<b>Andel</b> diabetiker med genomförd fotstatus	67%	190101	80%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>	<b>Andel</b> diabetiker med statiner	55%	190101	>60%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>	<b>Antal</b> pat med diagnos prediabetes (R730A)	41	190101	>41	<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>	<b>Andel</b> pat med prediabetes som utvecklat en diabetes	6/41= 14,6%	190101	<14,6%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 6</b>	<b>Andel</b> pat med prediabetes som fått åtgärd tobak	4/41= 9,75%	190101	>9,75%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 7</b>	<b>Andel</b> pat med prediabetes som fått åtgärd fysisk aktivitet	28/41= 68%	190101	>68%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 8</b>	<b>Andel</b> pat med prediabetes som fått åtgärd matvanor	26/41= 63,4%	190101	>63,4%	<b>20191231</b>

**Kommentar (valfritt):**

Många av våra diabetiker har avböjt statiner vilket sannolikt är en (av flera?) förklaringar till att andelen ligger lågt. Det blir en pedagogisk utmaning att motivera fler till behandling.

Vi har valt 8 indikatorer för att få med andel prediabetiker som fått åtgärd för levnadsvanor eftersom detta är viktigt för att fördröja diabetesdiagnos.

39/41 prediabetiker har dokumentation om tobak och rökning i journalen. Ingen patient har diagnos rökare eller rökning. Vi vet alltså inte hur många rökare det finns i populationen.

**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)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Lisebergs 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.

- Våra pre-diabetiker finns numera på väntelista och kallas 1 gång/år.
- Vid besöket tar vi längd och vikt. Blodprover; HbA1c och f-b glukos. Går igenom levnadsvanor.
- När DSK på hypertoni-mottagningen ser att patienten har riskfaktorer för diabetes flyttas patienten över till diabetessjuksköterskans väntelista.
- 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 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
<b>Indikator 1</b>	Andel diabetiker med blodtryck <140/85	51,5%	181231	60%	59%	191231
<b>Indikator 2</b>	Andel diabetiker med genomförd fotstatus	67%	181231	80%	74%	191231
<b>Indikator 3</b>	Andel diabetiker med statiner	55%	181231	>60%	57%	191231
<b>Indikator 4</b>	Antal pat med diagnos pre-diabetes (R730A)	41	181231	>41	67	191231
<b>Indikator 5</b>	Andel pat med prediabetes som utvecklats en diabetes	6/41=14,6%	181231	<14,6%	7/67=10,4%	191231
<b>Indikator 6</b>	Andel pat med prediabetes som fått åtgärd tobak	4/41=9,75%	181231	>9,75%	5/67=7,4% 2 KVÅ	191231
<b>Indikator 7</b>	Andel pat med prediabetes som fått åtgärd fysisk aktivitet	28/41=68%	181231	>68%	44/67 = 65,6% 0 KVÅ-reg	191231

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

<b>Indikator 8</b>	<b>Andel</b> pat med prediabetes som fått åtgärd matvanor	26/41= 63,4%	181231	>63,4%	39/67= 58% o KVÅ-reg	191231
--------------------	---	-----------------	--------	--------	----------------------------	--------

### 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.
  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. Andra har större förbättringspotential.
  4. Avseende pre-diabetes har vi procentuellt sämre resultat på levnadsvaneåtgärder än 2018 men antalet personer som fått åtgärd är fler 2019.

2.
 

Vår diabetes-sköterska involverar patientens egna förväntningar och mål i samtalet kring sjukdomen. Besöken utvärderas och följs upp flera ggr/år vb, t ex vid nyinsättning av läkemedel eller FAR.

3.
 

Fortsätta att utveckla en strukturerad uppföljning av pre-diabetiker  
 Vi ska delta i Diacert-utbildning från APC  
 Vi ska fortsätta arbeta aktivt med att sätta in statiner på diabetiker – diabetes-sköterskan ska delta aktivt i detta arbete  
 Vi ska bjuda in diabetes-specialist från APC för en utbildningsinsats

4.
 

MedRave  
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](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)