

| Information om husläkarmottagning | |
|--|----------------------------|
| Mottagningens namn Näsby Parks Husläkarmottagning | |
| Verksamhetschef Sofia Hellman/ Christian Rauer | 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.

Sofia Hellman DL, MAL, mail: sofia.hellman.nasbyparkshlm.se
Maria Pahlin Distriktssköterska, Diabetessköterska
Malin Riesenfeld Distriktssköterska, Diabetessköterska
Jonatan Hausel Distriktsläkare

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

Diabetes typ 2 är en stor folksjukdom och ca 4 procent av Sveriges befolkningen har diabetes typ 2. Diabetes typ 2 ger ökad risk för hjärt-kärlsjukdom samt komplikationer som njurpåverkan, neuropati som kan leda till bensår samt ögonbottenförändringar. På vårdcentralen arbetar vi för att identifiera patienter med diabetestyp 2 och får dem välbehandlade för att minska risken för följdkomplikationer. Vi har idag ett diabetesteam bestående av 2 distriktssköterskor med vidareutbildning inom diabetes och en läkare. I dagsläget träffar vi diabetikerna 1 gång årligen med först ett distriktssköterskebesök

| Information om husläkarmottagning | |
|--|----------------------------|
| Mottagningens namn Näsby Parks Husläkarmottagning | |
| Verksamhetschef Sofia Hellman/ Christian Rauer | Aktnummer (ifylles av HSF) |

och sedan 2-4 veckor efteråt ett läkarbesök. Besöken blir koncentrerade och patienter har upplevt det som märkligt att besöken ligger så tätt intill varandra.
Vi har även som avsikt att återuppbygga vår gruppundervisning för diabetiker som pga personalförändringar inte har upprätthållits

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

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

Vår avsikt är att förbättra omhändertagandet och uppföljning av våra diabetiker med DM typ2 för att kunna få fler diabetiker välinställda och därigenom minska risken för följdkomplikationer. Vi vill även få en jämnare fördelning av läkar- och diabetessjuksköterskebesöken över året för en jämnare arbetsbelastning och förbättra för den enskilda patienten med spridda kontroller och därmed större chans att påverka behandlingsresultatet.

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 Vi vill sprida besöken hos diabetessjuksköterska och läkare över året så att det blir en kontroll hos diabetes-ssk eller läkare var 6:e månad istället för som nu en gång årligen. Patienterna kallas via väntelista av diabetessjuksköterskorna. Läkaren specificerar planerad uppföljning för den enskilde patienten så att uppföljningen individualiseras utifrån specifika hälsotillståndet hos den enskilde pat.

Vi kommer även återuppta gruppundervisningen av diabetiker under våren 2019. Patienter som har haft HbA1c över 70 samt nydebuterade diabetiker typ 2 har identifierats och erbjudits plats i gruppundervisningen.

| Information om husläkarmottagning | |
|--|----------------------------|
| Mottagningens namn Näsby Parks Husläkarmottagning | |
| Verksamhetschef Sofia Hellman/ Christian Rauer | Aktnummer (ifylles av HSF) |

B För patienterna är det viktigt med välreglerad sockerkontroll. Målet är att genom mer frekventa och mer individualiserad diabetesuppföljning få bättre långtidsresultat för den enskilde patienten. Vi kommer att följa upp förändringen med spridda diabssk- och läkarbesök med en enkät till patienterna att tycka till om förändringen

Med gruppundervisningen är målet att involvera och engagera patienterna i sin egen sjukdom och till att genomföra livsstilsförändringar som påverkar sjukdomen positivt. Gruppundervisningen följer vi också upp och efterfrågar patienternas upplevelser och åsikter.

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 snabbspirometrier 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 snabbspirometrier per vecka | Nuläge = Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Datum för att uppnå målvärdet |
|--------------------|---|--|---|-------------------------------|--|
| Indikator 1 | Andel patienter som fått spridda besök hos diabssk och läkare under året. | oklart | Apr 2019 (pga verksamhetsövergång finns inga data från tidigare | 70 % Realistiskt mål | 20191231 Avser göra avstämningar regelbundet under hösten |

| Information om husläkarmottagning | |
|--|----------------------------|
| Mottagningens namn Näsby Parks Husläkarmottagning | |
| Verksamhetschef Sofia Hellman/ Christian Rauer | Aktnummer (ifylles av HSF) |

| | | | | | |
|--------------------|---|--|--|--|-----------------|
| Indikator 2 | Enkät till pat om deras åsikter om besök spridd över året | | | | 20191231 |
| Indikator 3 | Utvärdering av gruppundervisning | | | | 20191231 |
| Indikator 4 | Antal diabetiker med HbA1c <70 mmol/mol | | | | 20191231 |
| Indikator 5 | | | | | 20191231 |

Kommentar (valfritt):

På lång sikt hoppas vi även kunna se förbättring av långtidsindikatorer som exv HbA1C men det är alldeles för tidigt för att se det. Vi följer därför processindikatorer under detta år.

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 Näsby Parks Husläkarmottagning | |
| Verksamhetschef Sofia Hellman/ Christian Rauer | 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.

Besöksförändring och upprättande av väntelista i Take Care

Under året har vi överfört en manuell väntelista till en mer strukturerad i Take Cares modul för väntelista. Vid varje läkarbesök och diabetessjuksköterskebesök upprättas en planering, eget sökord, där det står när pat ska kallas nästa gång. Vår sekreterare sätter upp pat i väntelista enligt planering i dikterad journal. Diabetessjuksköterskorna har regelbundet gått igenom diabeteslistan via MedRave och kontrollerat att alla patienter under året varit på besök hos Diabetessjuksköterska och Läkare.

Utvärdering av andel av patienterna med DM typ 2 som fått spridda besök under 2019

Avstämning under hösten 2019 visade i slutet av oktober enligt siffror utdragna från MedRave att vi från April hade satt diagnosen DM typ 2 på 197 patienter varav 59 st hade varit på spridda besök minst 3 månader mellan diabetessjuksköterskebesök och diabetesbesök hos läkare.

I slutet av december har vi från april ställt diagnos DM typ 2 på 254 patienter varav 144 st har varit på spridda besök bara vid genomgång av resultatlistan i Med Rave. Pga stor felmarginal eftersom patienter som varit på fler läkarbesök eller diabetessjuksköterskebesök inte fick intervall på mer än 3 månader i statistiken i Med Rave gick jag även igenom dessa patienter manuellt och det visade sig att ytterligare 27 patienter hade under året fått spridda besök men fallit bort pga flera besök.

Totalt har 171 patienter av 254 som fått diagnosen fått spridda besök med mer än 3 månader emellan. Det blir 67% vilket är nära det målvärde på 70% vi satt.

Av de 83 patienter som inte fått spridda besök vid genomgången var 8 st nydiagnostiserade under året, 11 st avböjde el bedömdes av läkaren inte behöva besök hos diabetessjuksköterska.

I övrigt fanns flera orsaker bla: en del hade uteblivit från besök de blivit kallade till, bytt vårdcentral, fått uppföljande läkare el diabetes-sskbesök precis efter årsskiftet 2020, haft uppföljning via Endokrinmottagning eller bara följts upp via läkare under året pga avvikande värden.

Endast 4 st patienter hade vare sig varit på läkarbesök eller diabetessjuksköterskebesök av de diagnosticerade typ 2 diabetikerna under 2019.

Grupputbildning

Under våren 2019 nystartades gruppundervisning i diabetes av enhetens 2 diabetessjuksköterskor. Grupputbildning i diabetes hölls på enheten under våren 2019 av enhetens två diabetessjuksköterskor. En av oss hade inför start gått utbildning i att starta personcentrerade gruppträffar för vuxna med typ 2 diabetes via Akademiskt Primärvårdscentrum. Syftet med utbildningen var att deltagarna skulle lära sig mer om sin sjukdom samt att träffa andra personer med diabetes och utbyta erfarenheter.

Inbjudan till grupputbildningen skickades i första omgången endast till personer med diabetes med HbA1c > 70. Pga för få intresserade skickade vi därefter även ut inbjudan till personer med diabetes med HbA1c > 60. Även här fick vi för få intresserade och skickade då ut inbjudan även till nydebuterade typ-2 diabetiker med diagnos satt från föregående år fram till aktuellt datum då inbjudan skickades. Gruppen blev att bestå av 9 personer.

Utformningen av grupputbildningen lades upp på 5 olika grupptillfällen på vårdcentralen. Vi träffades varannan vecka ca 1,5-2 timmar per tillfälle. De teman vi valde att ha var:

- Diabetessjukdomen

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Näsby Parks Husläkarmottagning

Verksamhetschef
Sofia Hellman/ Christian Rauer

Aktnummer (ifylles av HSF)

- Mat och Motion
- Behandling
- Mätning av blodsocker
- Livet med diabetes och diabetesfoten

Vi hade en powerpointpresentation vid varje tillfälle och det fanns alltid utrymme för deltagarna att ställa frågor inför varje träff och under varje grupputbildning. Det fanns även utrymme för deltagarna att få möjlighet att påverka innehållet i grupputbildningen men samtliga tyckte utformningen var bra som den var. Vid grupptillfället om behandling närvarande även vår diabetesansvarige läkare där deltagarna fick möjlighet att ställa frågor. Vi bjöd även in psykolog för att prata om psykologiska effekter av att leva med en kronisk sjukdom men fick ingen respons från vårdcentralens dåvarande psykologer så vi höll i denna del själva. Vi fick även möjlighet att vi ett av grupptillfällena använde det lokala gymmet där enklare fysisk aktivitet utfördes. Deltagarna fick testa sitt blodsocker före och efter sin fysiska aktivitet. Vi testade även blodsockret före och efter fikabröd som vi bjöd på vid grupptillfället om mat.

Deltagarna fick vid första grupptillfället fylla i en kunskapsutvärdering gällande sin kunskap om sjukdomen, maten och kosten betydelse, följsjukdomar samt behandlingen. Samtliga deltagare skattade sina kunskaper redan vid start som relativt goda. Kunskapsutvärderingen fylldes sedan igen vid sista grupptillfället och då hade samtliga deltagare ändå fått ökande kunskaper. Planen var att vi skulle ha ett uppföljande grupptillfälle efter 6 månader men detta föll bort pga personalförändringar.

Antal Diabetiker med HbA_{1c} < 70 mmol/ liter

Enligt NDR har vi tagit HbA_{1c} på 96% av våra typ 2 diabetiker men enligt Med Rave saknades 5 % av HbA_{1c} värdena.

Enligt värden i MedRave från april- december 2019 hade 88% (224 st) av våra diabetiker typ 2 HbA_{1c} < 70 mmol/ liter. Av dessa hade 60% (153 st) hade HbA_{1c} <52. Endast 7% (18 st) hade HbA_{1c} > 70. 5% (12 st) saknas uppgift om HbA_{1c}

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 HbA _{1c} över 70 mmol/mol | Startläge (%) | Datum/period för | Mål (% eller r | Resultat (% eller antal) | Datum / period för |
|--|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| | | | | | | |

| Information om husläkarmottagning | |
|--|----------------------------|
| Mottagningens namn Näsby Parks Husläkarmottagning | |
| Verksamhetschef Sofia Hellman/ Christian Rauer | Aktnummer (ifylles av HSF) |

| | | eller antal) | start- läge | anta l) | | resulta t- värdet |
|--------------------|--|-----------------|-----------------|------------|--|-------------------------|
| Indikator 1 | Andel patienter som fått spridda besök hos diabssk och läkare under året. | oklart | Januar i2019 | 70% | 67% 171 st av 254 diabetiker | 191231 |
| Indikator 2 | Muntlig utvärdering vid diabssköterskebesök om deras åsikter om besök spridd över året | | April 2019 | | Vi lyckades tyvärr inte genomföra någon skriftlig enkätus. men muntlig utvärdering där det endast var positiva erfarenheter från patienterna att ha spridda besök hos diabssk och läkare under året. | 191231 |
| Indikator 3 | Utvärdering av gruppundervisningen avseende kunskap kring diabetes, kostens betydelsen följdssjd och beh | | | | Kunskapsutvärdering vid start av gruppundervisning och vid sista grupptillfället Samtliga deltagare hade ökade kunskaper jmf med utgångsläget | |
| Indikator 4 | Antal diabetiker med HbA1c <70 mmol/mol | | | | 88% (224 st) Varav 60% (153 st) hade HbA1c <52. Endast 7% (18 st) hade HbA1c > 70 5% (12 st) saknas uppgift om HbA1c | |
| Indikator 5 | | | | | | |

Övriga kommentarer:

| Information om husläkarmottagning | |
|--|----------------------------|
| Mottagningens namn Näsby Parks Husläkarmottagning | |
| Verksamhetschef Sofia Hellman/ Christian Rauer | Aktnummer (ifylles av HSF) |

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.

Vi har i och med att vi spridit på läkarbesök och diabetessjuksköterskebesök fått en bättre kontroll och uppföljning av våra typ 2-diabetiker vilket förhoppningsvis framledes kan leda till ännu bättre resultat på HbA1c nivåer. Patienterna är nöjdare med spridda besök och avbokat inte lika ofta besöket hos diabetessjuksköterskorna som tidigare låg 1 månad innan läkarbesöket.

Vi har en bra besöksstatistik för våra diabetiker, endast 4 st patienter hade vare sig varit på läkarbesök eller diabetessjuksköterskebesök av de diagnostiserade typ 2 diabetikerna under 2019. Patienterna har varit mycket nöjda med gruppundervisningen. Ytterligare en grupputbildning planerades till hösten 2019 men den blev tyvärr inte av

Anledning var för få intresserade, flera patienter uttryckte att de hade kommit om utbildningen hölls kvällstid.

Vi är nöjda med våra resultat i år med tanke på att det samtidigt skett en omorganisation av arbetet och trots detta har vi nått upp till 88% av patienterna som har ett HbA1c på under 70 mmol/ l.

2. Patienterna har med avvikande HbA1c (>70) och nydebuterade diabetiker erbjöds gruppundervisning. Gruppundervisningen under våren var mycket uppskattad. Under grupputbildningen har vi utgått från patienternas kunskapsnivå genom att göra en kundkapsutvärdering innan och efter utbildningen.

Patienterna får i samband med kallelsen till besök hos Diabetessjuksköterska eller läkare även hemskickat en tabell att fylla i de senaste 3 dagarnas blodsockervärdensom de uppmanas fylla i inför besöket för att själva och tillsammans med diab ssk/ läkare kunna reflektera över sina blodsockernivåer i vardagen.

3. Vi kommer att fortsätta att arbeta att förbättra vår diabetesvård för Typ 2 diabetikerna. Vi fortsätter med spridda besök, ca 6 månader mellan läkar- och diabetessköterskebesök. Vi kommer att fortsätta utveckla gruppundervisningen och försöka hitta andra tillvägagångsätt att locka patienter att delta. Målet är att nu när det grundläggande arbetet med att identifiera diabetikerna och ordna en systematisk väntelista för uppföljning att kommande år även titta på andra parametrar som fotstatus, blodtrycksbehandling, läkemedelsbehandling i diabetesgruppen.

4.

MedRave, NDR och Take Care Datajournal.

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