

# 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](mailto: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](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.**

Ulrika Sundkvist. Distriktsjuksköterska. [ulrika.sundqvist@tocare.se](mailto:ulrika.sundqvist@tocare.se) Julia Linder: Sjuksköterska. [julia.linder@tocare.se](mailto:julia.linder@tocare.se) Jonas Johard: Specialist i allmän medicin. [jonas@tocare.se](mailto:jonas@tocare.se) Julia Bendelin undersköterska. [Julia.Bendelin@tocare.se](mailto:Julia.Bendelin@tocare.se)

#### 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**

Kartläggning.

Vi har identifierat en patientgrupp som vi ser att det finns en stor förbättringspotential att förbättra deras vård. Vi har i dagsläget ingen diabetessjuksköterska och ingen organiserad diabetesmottagning. I december 2018 var endast 59,3 % av våra patienter med diabetes typ 2 behandlade med statiner. Statistik från Regionens uppföljningsportal. Vi tror att avsaknaden av en diabetesmottagning kan vara orsaken till att stor del av våra patienter med diabetes typ 2 inte står på blodfettsänkande. En positiv variabel är dock att då vi inte har någon diabetessjuksköterska har vi istället varit noggrann med att kalla våra patienter med diabetes till en läkarkontroll 1 gång per år. Det är dock ingen som ansvarar för att föra över data till NDR och det finns ingen som har ett helhetsansvar kring diabetespatienterna. Vi ser en stor förbättringspotential inom omvårdnaden av våra diabetespatienter. Genom att starta upp en diabetesmottagning och kalla till besök både till läkare och diabetes ssk kommer de patienter som i dagsläget inte får statiner kunna identifieras

#### 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.....**

Vi vill arbeta med att utveckla vården för våra patienter med diabetes typ 2. Ge en mer organiserad och personcentrerad vård.

**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 vården för våra patienter med diabetes typ 2. Personer med diabetes löper högre risk för bland annat hjärt- kärlsjukdomar än andra patientgrupper varav det är viktigt att de har en kontinuerlig kontakt med vården och erbjudits behandling enligt riktlinjer.

**Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)**

- 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 [QRC:s HYPERLINK "https://qrcstockholm.se/patientsamverkan/verktygslada/" verktygslåda.](#)

a, Förbättringsidéer. Utveckla en diabetesmottagningen där vi följer socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård. Vi har följande förbättringsförslag.

\* Kalla samtliga patienter med typ 2 diabetes till en årskontroll hos diabetes ssk. Kallas av koordinator/undersköterska. 6 månaders intervall mellan besök hos diabetes ssk och läkare om inget tillstöter som motiverar ett tidigare besök.

\* En diabetes ansvarig läkare utses på vårdcentralen som får det övergripande ansvaret för medicinska frågor vad gäller patienter med diabetes typ 2.

\* Diabetsrond en gång per månad med diabetessjuksköterska och diabetsansvarig läkare.

\* En gång i månaden överför diabetessjuksköterskan data till Nationella diabetesregistret.

b. Enligt riktlinjer är det personcentrerad vård att prioritera vid behandling av patienter med diabetes typ 2 och vi kommer fokusera på att arbeta personcentrerat. Den personcentrerade vården stärks genom att fokusera på att bilda en god relationen med patienterna och lyssna in vad de tycker samt lägga upp en vårdplan tillsammans istället för att säga åt patienten vad hen skall göra. Vi kommer också arbeta med rådgivande samtal som utgår från en personcentrerad vård.

•

<b>Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)</b>					
<p>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. <b>En indikator ska börja med Antal... eller Andel...</b></p>					
	<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> <b>(% eller antal)</b>	<b>Datum/period för start-läge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Datum för att uppnå mål-värdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med diabetes som behandlas med lipidsänkande. Hämtat från uppföljningsportalen(GUPS).	59,3%	December 2018	65 %	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Antal patienter som behandlas med lipidsänkande. Hämtat från uppföljningsportalen. (GUPS)	95 st	December 2018	104 st	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>					<b>20191231</b>
<b>Kommentar (valfritt):</b>					
<p><b>Vilka källor tar ni era data från:</b> NDR Regionens uppföljningsportal. NDR</p>					
<b>Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.</b>					
<p>Använd gärna <a href="#">förbättringshjulet PDSA</a> (=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. <b>Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.</b></p>					
<p><b>Döp denna fil till:</b> 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: <a href="mailto:forbatttringsarbeten.hsf@sll.se">forbatttringsarbeten.hsf@sll.se</a></p>					

## 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 startade arbetet genom att arbeta efter PDSA-hjulet.  
Startade i liten skala genom att kalla ett 10 tal patienter till diabetes ssk och uppföljning med besök hos ansvarig läkare.  
Uppföljning genom att under månadsmöten följa utvecklingen i GUPS där vi noterade en förbättring i antal patienter som behandlas med statiner.  
Telefonmöten med apotekare för att följa upp statistik och utförande.  
När diabetesmottagningen började fungera kallades patienter i större skala. På avstämningsmötena upptäcktes en brist i rapporteringen till NDR. Vi märkte att vi utförde besöken förbättrades inte statistiken i NDR. Åtgärd: Telefonmöte med Medrave för att säkerställa att korrekt information överförs till NDR. Förändring av mallarna i Take Care och internutbildning i att fylla i mallarna korrekt vid patientbesök. Efter ca 6 månader noterades ökningen av andelen patienter som behandlades med statiner inte var så stor som vi hoppats på. Juli 61,73%. På diabetesronden gick vi därför igenom de patienter som identifierat att de inte stod på statiner. Konstaterades då att majoriteten av de patienterna självmant tackat nej till statiner eller provat men avslutat behandling p.g.a biverkningar.

### 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 diabetes som behandlas med lipidsänkande. Hämtat från uppföljningsportalen. (GUPS)	59,3%	December 2018	65%	65,2%	December 2019
<b>Indikator 2</b>	Antal patienter som behandlas med lipidsänkande. Hämtat från uppföljningsportalen. (GUPS)	95	December 2018	104	105	December 2019
<b>Indikator 3</b>						
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

**Övriga kommentarer:**

Se årets utveckling av behandling av statiner i figur nedan. Källa. GUPS.

## Tidsserie för To Care husläkarmottag. Nyckeltal : Diabetes, behandling med statin Period : 2019-12, Rullande 12

Månad	UppdragsTyp	Uppdragstagare	ID Uppdragstagarare	Värde	Täljare	Nämna-re	Snitt	Täljare snitt	Nämna-re snitt
201912	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,652174	105	161	0,576568	56525	98037
201911	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,638037	104	163	0,575171	56223	97750
201910	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,631902	103	163	0,573719	55820	97295
201909	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,638037	104	163	0,572426	55416	96809
201908	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,631902	103	163	0,571913	55197	96513
201907	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,63354	102	161	0,571617	55061	96325
201906	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,617284	100	162	0,57158	54946	96130
201905	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,617284	100	162	0,570649	54683	95826
201904	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,613924	97	158	0,568585	54181	95291
201903	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,621118	100	161	0,567112	53815	94893
201902	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,60625	97	160	0,566206	53490	94471
201901	Husläkarverksamhet	To Care husläkarmottag.	12357	0,59375	95	160	0,564649	53112	94062

I uppföljningsportalen i Gups kan vi se att andel patienter med diabetes som behandlas med statiner har ökat från 59,3% till 65,2 % samt att antalet patienter med diabetes som behandlats med statiner har ökat från 90-105 st. I mitten av året (Juli) låg siffran på 103 st. Vi har uppnått våra mål och ser att det givit resultat att arbeta enligt riktlinjer med diabetesmottagning. Det kommer vi försätta med.

Vi kan även se att arbetet med registreringen i NDR också givit resultat. Antal patienter med diabetes som var registrerade i NDR 2018 (20180101-20190101) var 123 st och under 2019 (20190101-20200101) hade siffran ökat till 141st. Data hämtad från NDR.

### C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- 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?
- Vad har ni för plan framåt gällande detta område?

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vilka datakällor har varit användbara för er?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En diabetesmottagning förbättrar kvalitet avsevärt för våra patienter med diabetes typ 2. Vi har också fått erfara hur viktigt det är att samarbeta i grupp och att alla professioner är med i processen. En brist vi identifierat i det här upplägget är att mycket ansvar legat på ansvarig diabetes ssk. Vid frånvaro sätts stora delar av arbetet på paus. Vi ser därför framåt ett arbete där flera ssk på mottagningen kan vara insatt i arbetet och göra patientbesöken.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genom att arbeta med öppna frågor som beskrivs i verktyget patientresa (<a href="https://qrcstockholm.se/case/patientresa/">https://qrcstockholm.se/case/patientresa/</a>) fick vi en god inblick i patienternas egna upplevelse vad som är viktigt för dem och vad de anser vara en god vård. Vid patientmötena har vi fått mycket viktig information från våra patienter. Patienternas upplevelse stämmer väl överens med litteraturen att de inte vill komma till sin vårdgivare och få pekpinna men uppskattar en lyssnande vårdgivare och där patient och vårdgivare arbetar i team. För att patienten skall vara motiverad att ta den medicin som läkarna förskriver krävs tydlig information om medicinens effekt, eventuella biverkningar samt förklarar hur den fungerar och varför den är viktig. Men ökad förståelse och kunskap ökar motiveringen till behandling. Det är viktigt för patienterna att man tillsammans följer upp värden och är påläst. Många av våra patienter uppskattar också när de ser att ssk och läkare arbetar ihop och besöken kompletterar varandra.</li> </ul>
<p>Vi planerar att fortsätta arbeta aktivt med diabetesmottagningen. Vår statistik har förbättras men för att arbetet skall hålla i längden är det viktigt att tålmodigt fortsätta förbättringsarbetet. Vi kommer fortsätta att kalla våra patienter årligen till ssk och läkare. Vi har identifierat viss tidsbrist på ssk-besöken då vi ser att det är mycket viktigt för patienterna att få ta besöken i sin takt och bli lyssnade på. Vi tänker därför att en utveckling av arbetet skulle kunna vara att utbilda en undersköterska att utföra fotstatus och ev anställa en medicinsk fotvårdare på mottagningen. Vi planerar även att utbilda fler ssk att utföra grundläggande besök på diabetesmottagningen för att ej binda upp detta endast på en diabetes ssk.</p>
<p>4. Vi har i första hand använd oss av Regionens uppföljning portal GUPS och det är med data därifrån vi redovisar våra indikatorer. Men vi har även fortlöpande arbetat med NDR och Medrave.</p>
<p><b>D. Döp denna fil till:</b> 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 <a href="mailto:forbatteringsarbeten.hsf@sll.se">forbatteringsarbeten.hsf@sll.se</a></p>