

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Husläkarmottagning Jakobsberg	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Minhal Al-Saad	

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

diabetes

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 2020 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.hsf@sl.se senast den **28 februari 2020**, men gärna redan i januari 2020 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 2020 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2021**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2020" på Vårdgivarguiden och på [QRC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sl.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.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 3–7 personer rekommenderas men kan vara svårt på mindre enheter. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

Skriv i den här rutan namn och professioner, samt e-postadress till en kontaktperson i teamet.

Dilip Lagevik (DSK)

Anaam Al-Bayati (Underläkare)

Robert Holmenström (Specialist i Allmän Medicin)

Minhal Al-Saad (Verksamhetschef) (minhal.alsaad@carejoints.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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Husläkarmottagning Jakobsberg	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Minhal Al-Saad	

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 (PvK), 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 diabetes som inte når målblodtryck

har en stor andel diabetiker i sitt patientunderlag. Ca 74 av 3000 listade (ca 2 %). Vidare ser vi i MedRave att vi har en högre andel patienter än önskat med Hba1c >60 samt LDL >2.5.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes**

Diabetes

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt

T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med diabetes, det är viktigt för att minska risken för komplikationer

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter som har diabetes, det är viktigt för att öka livskvalitet och för att minska risken för komplikationer som följd av sjukdomen.

Få ner andelen patienter med Hba1c > 60 samt LDL >2.5. Målet är att förebygga diabeteskomplikationer som till exempel ögonkomplikationer och njurkomplikationer. Öka patienters förståelse för sin diabetessjukdom.

Steg 4 Specifika delmål– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara T.ex. Öka prevalensen av diabetes, öka andel i % av dessa patienter som behandlas med statiner

Ett sätt för att formulera ett effektivt mål är att formulera det som ett SMART mål:

S - Specifikt, tydligt och konkret

M - Mätbart, hur vet man när man nått målet? Antal / andel / öka eller minska ett visst värde osv.

A - Accepterat av de som berörs, det måste vara ett mål som ni vill uppnå

R – Realistiskt, både ett för högt och ett för lågt uppsatt mål kan dra ner engagemanget, det ska vara möjligt att uppnå målet på den tidsram ni satt upp

T – Tidsatt, det är viktigt med ett tidsatt mål så att ni vet till när det är tänkt att målet ska uppnås, detta kan också bidra till ökat engagemang!

1. Minska andel diabetiker med hba1c över 60mmol/mol
2. Minska andel diabetiker med LDL över 2.5

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Husläkarmottagning Jakobsberg	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Minhal Al-Saad	

Steg 5 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 verktygslåda](#).

a. Intensitetsbesök – Patienter med för högt hba1c-värde samt högt LDL-värde kallas till återbesök med tätare intervall.

b. Rondning mellan diabetessjuköterska och ansvarig läkare gällande de enskilda patienterna. Detta för att öka samverkan mellan yrkesgrupperna och få en förbättrad dialog och planering för patientens vård.

c. Matschema och blodsockerkurva. Patienter erhåller ett dokument som de själva fyller i med blodsockervärden i samband med förtärd mat under dagen, samt fysiskt aktivitet. Detta ger de en bra översikt för hur levnadsvanor påverkar diabetesen.

a.

I den här rutan fyller ni i hur ni skulle kunna involvera era patienter i ert förbättringsarbete, t.ex. via patient i ert förbättringsteam, patientenkäter, patientintervjuer....

För patienterna bedömer vi att det är viktigt med att öka engagemanget med hänsyn till egenvård, detta då de behöver ta ett stort ansvar utanför mottagningsbesöken. För att öka engagemanget krävs därför en god förståelse för varför man gör de insatser som genomförs.

Steg 6 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...**

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
	T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	(% eller antal)				

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Husläkarmottagning Jakobsberg	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Minhal Al-Saad	

Indikator 1	Andel diabetiker med HbA1c över 60 mmol/mol.	12/74	20-05-18	0/74	Medr ave	201231
Indikator 2	Andel diabetiker med LDL över 2.5	31/74	20-05-18	0/74	Medr ave	201231
Indikator 3						201231
Indikator 4						201231
Indikator 5						201231

Kommentar (valfritt):

Här har angivits ett förslag på indikatorer men det är fritt fram att byta ut till andra.

Vilka källor tar ni era data från:

medrave

Steg 7 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 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 1 och skicka in senast 28 februari 2020 till:

forbattningsarbeten.hsf@sll.se

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2021, 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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Husläkarmottagning Jakobsberg	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Minhal Al-Saad	

För att fokusera på intensitetsbesök, i rådande pandemi, har diabetesläkaren följt upp och planerat uppföljningar och vid besöket även gått igenom mat schema, blodsockerkurva, kost, motion, samt levnadsvanor för att förklara hur livsstilsförändringar kan påverka diabetesen och ej enbart medicinsk behandling.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 6**) 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)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel diabetiker med HbA1c över 60 mmol/mol.	12/74	20-05-18	0/74	6/74	medra ve	15/1-2021
Indikator 2	Andel diabetiker med LDL över 2.5	31/74	20-05-18	0/74	22/74	medra ve	15/1-2021
Indikator 3							
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Ni får gärna redovisa tätare mätningar, skicka då med en bilaga, gärna i form av ett linjediagram. Ni kan också skriva mer om vilka källor ni funnit mest användbara.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Husläkarmottagning Jakobsberg	
Verksamhetschef Minhal Al-Saad	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?

1.

I den här rutan fyller ni i vad ni anser att teamet och enheten som stort lärt sig.

1. Rondning mellan diabetes läkaren och diabetes sjuksköterskan främjande diabetes patienternas förståelse för sin egen sjukdom och hur bäst att behandla detta. Om diabetes läkaren bedömt att patienten behöver mer information då fick patienten uppföljande besök hos diabetessköterskan. Matschema och blodsockerkurva gavs till patienterna och detta medförde en bättre kommunikation mellan patienten och läkaren då patienten fick mer tid att reflektera över sin sjukdoms bild och därför varit mer aktiv under besöket som lett till en bättre förståelse över sin sjukdom samt ökad komplians.

2.

Här skriver ni i vilken mån, och på vilket sätt, ni involverat patienter i ert arbete.

För att öka patienternas delaktighet gavs matschema och blodsocker kurva innan besöket till diabetes läkaren. detta medförde att patienten var förberedd inför sin besök till läkaren, kunde ställa frågor som patienten hade reflekterade över och mer aktiv deltagande i sin vård som i sin tur ökade komplians.

3.

Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

I nästa period, då förhoppningsvis med minskad COVID pandemi restriktioner, så hoppas vi utöka den konstruerade samverkan mellan läkare, patient, sköterska.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 2 och skicka in senast 31 januari 2021 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.hsf@sll.se