

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

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

del 1 och del 2 – mall om ni väljer 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@sll.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@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.

Laila Sheini Mirza (DSK)

Shaym Rihan Hye (Underläkare)

Melak Al-Saad (Specialist i allmänmedicin, Verksamhetschef, E-post: mial49@yahoo.com)

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 (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

Mottagningen har en stor andel diabetiker i sitt patientunderlag. Ca 105 av 5900 listade (ca 2 %). Vidare ser vi i MedRave att vi har en högre andel patienter än önskat med Hba1c >60 samt 22% (25 patienter) har en CVD risk på 8-20%, 3% (3 patienter) har en CVD risk på >20% samt 43% (49 patienter) saknar vården.

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

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete	
Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. diabetes	
Vi vill arbeta med diabetespatienter.	
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	
<p><i>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.</i></p> <p>Få ner andelen patienter med Hba1c > 60 samt följa upp patienter som har ett CVD risk >8% för att följa om de har statin sänkande behandling. Målet är att förebygga diabeteskomplikationer som till exempel ögonkomplikationer och njurkomplikationer samt öka patienters förståelse för sin diabetesjukdom.</p>	
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	
<p><i>Ett sätt för att formulera ett effektivt mål är att formulera det som ett SMART mål:</i></p> <p><i>S - Specifikt, tydligt och konkret</i></p> <p><i>M - Mätbart, hur vet man när man nått målet? Antal / andel / öka eller minska ett visst värde osv.</i></p> <p><i>A - Accepterat av de som berörs, det måste vara ett mål som ni vill uppnå</i></p> <p><i>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</i></p> <p><i>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!</i></p> <p>Mål 1) minska andel patienter med Hba1c >60</p> <p>Mål 2) identifiera patienter (ca 49st) där CVD risk saknas för bedömning av behov av statiner</p>	

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Husläkarmottagning Liljeholmstorget	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Melak 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](#).

- Diabetes sjuksköterskan och läkaren går igenom diabetes patienterna i medrave. De patienter med högst hba1c-värde samt högt CVD risk kontaktas först för en diabetes samtal med diabetes sjuksköterska.
- Inför besöket skickar diabetes sjuksköterskan en brev kallelse med formulär som vi önskar att patienten fyller i innan besöket till diabetes sjuksköterskan. Diabetes sjuksköterskan ber pat föra en blodsockerkurva, samt förklarar matschema. Patienter erhåller ett dokument per post 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 kosten och blodsocker värden påverkar varande för att öka patients compliance.
- Under diabetes samtalet inhämtar diabetes sjuksköterskan parametrar (ex. vikt, längd, midjeomfång, fotstatus, blodtryck, socker kurva, osv.), bas blodprover (ex. blodstatus, hba1c-värde, lipid profil, osv.), samt håller diabetes samtal om vikten av kost och motion för att öka patientens förståelse för sin diabetes samt att öka compliance. I samband med detta ger diabetes sjuksköterskan "Min Diabetesvård" blanketten så pat får följa sin sjukdomsprogress därav förhoppningsvis öka compliance.
- Efter diabetes sjuksköterskans initiala bedömning av patienten så diskuterar hon med pat husläkare för att komma överens av fortsatt planering av vård. Detta för att öka samverkan mellan yrkesgrupperna och få en förbättrad dialog och planering för patientens vård. De pat som ligger högt i hba1c-värde samt har en kardiovaskulär risk mer än 8% blir planerad för en läkarbedömning.
- Vid läkarbesöket går läkaren igenom CVD risken, tar ställningstagandet till statin behandling, samt kontrollerar diabetes mediciner.
- Rutiner för att säkerställa att årliga bedömning, CVD risk, diabetes samtal med SSK + LÄK: varje 4 månader går diabetes läkaren igenom alla diabetiker på mottagningen och ser om alla har fått en bedömning via SSK samt LÄK samt skriver en diabetes anteckning. För detta ändamål har en journal mall i takecare skapats som heter Diabetes Anteckning som ska skapas årligen för alla diabetiker.
- NDR mallen i takecare har modifierats och vi har lagt in förmaksflimmer, injektionställe, midjemått, insatta läkemedel samt hjärta-kärl för att kartlägga CVD risken

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

8. Läkarna och sjuksköterskorna går igenom riktlinjer via viss.nu samt anmäler sig för diacert workshop.
9. Formulär som används (var vänlig och se bifogade filer):
 1. version 1) Information brev till patient att det är aktuellt för en diabetes genomgång samt önskar att inför besöket att de fyller i de bifogade formulär.
 2. version 2) Information brev till patient att man ska bedöma den kardiovaskulära risken för hjärtkärl sjukdomar och därför är det aktuellt med en diabetes genomgång samt önskar att inför besöket att de fyller i de bifogade formulär.
 3. Information kring blodsockerkontroller från akademiskt primärvårdscentrum
 - i. <http://akademisktprimarvardscentrum.se/sok?view=paper&id=685>
 4. Information kring sin progress av diabetes parametrar, patienten kan behålla formulären för att följa sina diabetes förändringar varje år. Formulär Min diabetesvård har modifierats för att lägga in två frågor (hjärtkärlsjukdomar, förmaksflimmer) då dessa frågor behövs vid NDR CVD risk beräkning. Detta underlättar för diabetes sköterskan och på ett systematiskt sätt fångar in alla patienters CVD Risk så länge formulären är korrekt besvarat.
 - i. <http://akademisktprimarvardscentrum.se/sok?view=paper&id=702>
 5. Socker kurva. Har modifierats från skånes transplantation av pankreas vårdriktlinjer för att bara innehålla sockervärde innan och efter måltider.
 - i. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/transplantation/o-celler/checklistor/blodsockerdagbok.pdf>
 6. Diabetes antekning
 7. Levnadsvanor självskattning från viss.nu
 - i. http://viss.nu/Global/Blanketter/Levnadsvanor_TakeCare_2011.pdf

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. Under diabetessamtalet ges ut blanketten Min Diabetesvård som patient behåller och kan varje år jämföra värden från föregående år detta för att öka kunskapen hos patienten samt compliance. Patienten involveras aktivt då inför besöket ska patienten fylla i formulär som

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

ger en tid för reflektion hur patientens diabetes behandling har pågått, om patienten har funderingar och frågor som denna vill diskutera i samband med besöket samt jämförelse med tidigare undersökning resultat för att visa progress av sin diabetes behandling.

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 T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/ period för start- läge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	Andel diabetiker med HbA1c över 60 mmol/mol.	25/105	20-04-28	0/105	medr ave	201231
Indikator 2	<i>CVD risken saknas för 49 patienter (43%)</i>	0/49	20-06-22	49/49	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:

Skriv här vilka källor ni använt. NOTERA källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Väljer ni indikatorer som speglar era förbättringsidéers implementering får ni gärna följa dem varje vecka för att snabbt veta om åtgärden får effekt eller inte. Idéer kan behöva bytas under förbättringsresans gång.

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

medrave 22/6

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.

I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Diabetesläkaren och diabetes sköterskan granskade diabetes patient listan i medrave. Man fokuserade på patienter där CVD risken var okänt och i medrave hittades vilka variabler som saknades för CVD risk bedömning som sedan noterades i diabetes anteckningen och diabetessköterskan bokade sedan patienterna för att inhämta de saknade variabler.

Inför varje bokning stämde man av diabetes anteckning i journalen, informerade att patienten skulle kallas först till diabetes sköterskan och inför detta besök skulle man få formulärer hemskickat som man skulle fylla i och ta med inför besöket.

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

Vid besöket hos diabetessköterskan inhämtades/kontrollerades alla nödvändiga parametrar för att sedan boka uppföljning till patients husläkare för ställningstagandet till 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. 25/105	25/105	20-04-28	0/105	18/105	Medr ave	21-01-12
Indikator 2	CVD risken saknas för 49 patienter (43%)	0/49	20-06-22	49/49	19/49	Medr ave	21-01-12
Indikator 3							
Indikator 4							
Indikator 5							

Vi hade 105 diabetiker (varav 28st hade omlistat sig, 2st tackade nej till NDR, 18st var ej intresserad att komma in pga Covid 19 pandemin) som kom för sin årliga diabetes kontroll.

Vi hade som mål att 49/49 patienter som saknade sin CVD risk bedömning skulle få detta dock av de 49 diabetiker (19 hade omlistat sig, 11st var ej intresserad att komma in pga Covid 19 pandemin) kom 19 diabetiker till mottagningen och erhöll sin CVD risk bedömning.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Husläkarmottagning Liljeholmstorget

Verksamhetschef

Melak Al-Saad

Aktnummer (ifylles av HSF)

Min diabetesvård blanketten

<http://www.cefam.se/publikationer?view=paper&id=702&return=L3B1Ymxpa2F0aW9uZXI>
≡

Diabetes riktlinjer

www.viss.nu

Diabetes självskattningsformuläret

<http://www.viss.nu/Handlaggning/Omvardnadsprogram/Diabetes/>

Diabetes blodsockerkontroller

<http://www.cefam.se/publikationer?view=paper&id=685&return=L3B1Ymxpa2F0aW9uZXI>
≡

Diabetes levnadsvanor

http://www.viss.nu/Global/Blanketter/Levnadsvanor_TakeCare_2011.pdf

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.

Vi har lärt oss att det finns fördelar och nackdelar med att skicka formulär inför besök. Fördelarna är att vissa patienter känner sig mer delaktig i sin diabetesvård, får mer tid att reflekterar över sin sjukdom för att sedan ställa frågor vid besöket, ökar förståelsen hur diabetes påverkar kroppen samt ökar compliance. Nackdelar är att man får ej ge ut för

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

komplicerad information då patienter känner sig förvirrad och därför bäst att göra det lättläst samt skriva ut information med stor text så även de äldre kan läsa.

Diskutera sin CVD risk bedömning med patienter samt förklara mekanismer hur kolesterol är kopplat till arterioskleros ökar compliance för att ta statiner.

Kontinuitet och uppföljning är viktig för att minska diabeteskomplikationer och i samband med Covid 19 pandemin har detta lett till minskad motion, slarv med kosten som gett högre hba1c-värde. Även patienter som uteblivit på sina diabetes årliga kontroller kommer sannolikt få sämre hb1ac värde.

2.

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

Vi har involverat våra patienter med att skicka formulärer i förväg till patienterna som ska öka deras förståelse för hur diabetes påverkar dem. Exempelvis har vi skickat ut diabetes levnadsvanor för att belysa vikten av kost och motion, Min diabetes för att belysa hur väl diabetesen är inställd samt diabetes blodsocker kurva för att förklara vikten av uppföljning och kontroll av sin diabetes. I samband med diabetes samtal med diabetes sköterskan har vi försökt belysa vikten av rätt kost och daglig motion för att få ner Hba1c och ej enbart fokusera på tillägg/dos ökning av diabetes mediciner.

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.

Vi planerar att göra vår formulärer mer lättläst samt skriva ut det i större text så även de äldre kan läsa texten. Vi har skapat en struktur för att koordinera arbetet mellan diabetes läkaren och diabetes sköterskan för bedömning av diabetes progressen hos patienten. Vi har även anmält oss till diacert workshopen och har nu genomgått 2/4 möten där vi jobbar med struktur för diabetes vården för våra diabetiker. Planen för att vidmakthålla positiva förändringar har bland annat varit att skapa en tjänst, "diabetes läkare", som organiserar diabetes vården tillsammans diabetes sköterskan. Med detta förbättringsarbete samt diacert workshopen finns det nu en tydlig ledningsstruktur, tydlig ansvarsfördelning och organisation för att leda diabetes arbetet.

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 forbattringsarbeten.hsf@sll.se