

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Husby- Akalla vårdcentral	
Verksamhetschef Eva Winqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

## 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@sll.se](mailto: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 [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.**

Barbara Kownacka Kufa, diabetessköterska, dsk. [barbara.kownacka-kufa@sll.se](mailto:barbara.kownacka-kufa@sll.se)  
Salaheldin Bushra Amin, spec i allmänmedicin, ansvarig för diabetes.  
[salaheldin.bushra-amin@sll.se](mailto:salaheldin.bushra-amin@sll.se)  
Nahid Pakzad, enhetschef, leg ssk. [nahid.pakzad@sll.se](mailto:nahid.pakzad@sll.se)  
Eva Winqvist verksamhetschef, [eva.winqvist@sll.se](mailto:eva.winqvist@sll.se)  
Tamador Abu- El Hassan, ST läkare. [tamador.abu-el-hassan@sll.se](mailto:tamador.abu-el-hassan@sll.se)

#### Steg 1 Beskrivning av nuläget

Enligt primärvårdskvalitet är prevalensen av diabetes typ 2, 486 patienter (7,1%). Under 2018 hade 15,5% av patienterna HbA1C över 70 (63 individer), under 2019 var siffran 18,7% (84 individer). (Nationellt mål 10%)  
Vi ser i medrave att under 2019 har blodtrycket stigit för patienter som har diabetes. 2018 låg genomsnittet på 150/78 och 2019 låg genomsnittet på 167/91.  
8% av patienterna med diabetes typ 2 har blodtryck över 160/95, (36 individer) 2019.  
31,2% av patienter med diabetes typ 2 har blodtryck över 140/85 (140 individer) 2019.  
59% av patienter med diabetes typ 2 har blodtryck under 140/85, 2019 (Nationellt mål >65)  
Då Husby- Akalla vårdcentral har en hög prevalens av patienter med diabetes typ 2, och många av patienterna ligger högt i HbA1C är det viktigt att arbeta med åtgärder för att hjälpa patienter att nå lägre värden.  
Högt blodtryck är en hög riskfaktor och vi ser att patienterna ligger högt i blodtryck. Vi har under 2019 arbetat med att strukturera en sjuksköterskeledd blodtrycksmottagning, vi har därmed bra förutsättningar för att även identifiera dessa patienter och arbeta med deras livsstilsfaktorer som påverkar.  
Ett problem med de patienter som ligger högt är att de i hög grad uteblir från kallade besök.  
Inom ramen för uppdraget befolkningsinriktade hälsofrämjande insatser har vi stora möjligheter att förbättra detta.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Husby- Akalla vårdcentral	
Verksamhetschef Eva Winqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

### 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.  
Vi vill hjälpa dem att sänka sitt höga HbA1c och få blodtrycket under kontroll.

**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

Att under 2020:

Minska andel uteblivna besök hos pat med högt HbA1c och/eller högt blodtryck.

Öka samarbetet mellan diabetessjuksköterska och samtliga läkare på VC.

Sänka antalet individer som har HbA1C över 70. Målvärde 17%.

Sänka antalet individer med diabetes som har blodtryck över 140/85. Målvärde 20%

### 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](#).

- Upparbeta ett tätare samarbete mellan diab ssk och samtliga läkare på VC.

Ex konsultationstid 15 min per vecka med läkare för att diskutera patientfall och behandling.

*Aktivitet: Tätare samarbete mellan diab ssk och läkare, ex konsultationstid 15 min per läkare och vecka- Karin tar med läkargruppen.*

- Börja använda en speciell brevmall vid uteblivna besök.

*Aktivitet: Börja använda brevmallen- Läkare tar med läkargruppen. Utarbeta en ny brevmall vid avbokning*

- Speciellt utsedd ST läkare arbetar med de pat som ligger för högt i blodtryck och också har diab typ 2 inom ramen för kvalitetsarbetet för ST utbildningen.

*Aktivitet: ST läkare Tamador arb med kvalitetsarbetet inom ramen för sitt ST arbete. Börja med en nulägesbeskrivning?*

- Arbeta för att alla patienter ska ha en tydligt dokumenterad individuell plan med målvärde.

*Aktivitet: Tydligt dokumenterad individuell plan med målvärde, lkm lista- Hur?*

- Erbjuda patienterna det nya läkemedelsbehandlingarna enl rekommendationer i kloka listan.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Husby- Akalla vårdcentral	
Verksamhetschef Eva Winqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

*Aktivitet: Nya lkm behandlingar enl Kloka listan- Karin berättat på läkar möte. Besök från läkemedelskommittén.*

6. Regelbunden utbildning för samtliga läkare och diabetessjuksköterska.

*Aktivitet: Regelbunden utb- Karin börjar fundera på bokning i höst.*

7. Säkerställa att alla nydebuterade diabetiker kommer i kontakt med diabetesjuksköterska via tc meddelande eller remiss.

*Aktivitet: Säkerställa att alla nydeb diabetiker kommer till Barbaras kännedom via TC eller remiss.*

8. Ev starta grupputbildning, diabetessjuksköterska tillsammans med andra aktörer, tex psykolog, läkare, dietist.

*Aktivitet: Ev starta grupputb med flera professioner i höst.*

9. Diabetesvecka 1 ggr/termin och läkare.

*Aktivitet: Diabetesvecka i höst, valfritt men de som vill delta får planera detta inom ramen för hälsoupdraget.*

10. Uppdatera och implementera det lokala vårdprogrammet.

*Aktivitet: Vårdprogrammet uppdateras, Barbara och Salahs ansvar.*

*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....*

Patienterna ska ha kännedom om sin individuella plan och deras målvärden, de får den på papper. De kan i vissa lägen skriva sin egen plan tillsammans med diabetessjuksköterska eller läkare. Patientgrupper, patientutbildning i undervisningssyfte och för att dela framgångsfaktorer för livsstilsförändringar.

Promenadgrupper för diabetiker, att promenera i grupp ger samhörighet och möjlighet att dela erfarenheter.

Diabetesvecka, de läkare som är intresserade kan under en vecka per termin fokusera på diabetes, underveckan kan vi även ha diabetesutbildning, promenadgrupper mm.

Läkare kan boka tid för livsstilssamtal direkt till diabetessjuksköterska eller mottagningssköterska för att öka delaktigheten och motivationen ganska snabbt efter att de fått diagnos.

Alla patienter ska få en uppdaterad lkm lista i samband med läkarbesök eller sjuksköterskebesök.

### **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. Självlart 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...**

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Husby- Akalla vårdcentral	
Verksamhetschef Eva Winqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/ period för start- läge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå mål- värdet
<b>Indikator 1</b>	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.	18,7%	2020010 1	17%	Medr ave	<b>201231</b>
<b>Indikator 2</b>	Andel i % av dessa patienter som har blodtryck >140/85	31,2%	2020010 1	20%	Medr ave	<b>201231</b>
<b>Indikator 3</b>	Diabetesvecka	0 st	2020010 1	2 st		<b>201231</b>
<b>Indikator 4</b>	Grupputbildning	0 st	2020010 1	2 st		<b>201231</b>
<b>Indikator 5</b>	Antal personer i promenadgrupp	0 st	2020010 1	5 st		<b>201231</b>

Källa:  
Medrave  
Primärvårdskvalitet  
Pinnstatistik

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

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Husby- Akalla vårdcentral	
Verksamhetschef Eva Winqvist	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.

1:

Upparbeta ett tätare samarbete mellan läkare och diabetessköterska, tex konsultationstid 15 min/vecka/doktor.

Lätt att ordna i schema, men detta har ej genomförts. Än så länge går diabetessköterskan runt till doktorer. Detta har kommit lite i skymundan av pandemin, planering för detta finns och det ska genomföras i början av 2021.

2.

Skicka ett brev enligt brevmall till patienterna vid uteblivna besök. Diabetessjuksköterskan skickar ett brev enligt en brevmall efter att patienten har uteblivit för andra gånger. Vissa läkare arbetar på samma sätt.

3.

ST läkare Tamador har ej påbörjat sitt fördjupningsarbete 2021. Det har varit ett par perioder av randning som tagit tid, men väl på vårdcentralen har stora resurser gått åt till att arbeta med infektionspatienter så fördjupningsarbetet är ej påbörjat. Planen är att det ska ske under 21021.

4.

Tydligt dokumenterad plan för alla patienter med målvärde för HbA1c, ska finnas tydligt i journalen och även vara tydligt för patient. Det har blivit lite bättre med det fattas fortfarande för en del patienter och det är svårt att lägga till det när anteckningen är signerad. 2021 kommer arbete fortsätta med rutinen att alltid titta på/fylla i /uppdatera. 5 och 6.

Nya läkemedelsbehandlingar enligt kloka listan - det var bokad två besök för utbildning om nya diabetesläkemedel men pandemin satte stopp för utbildning på plats. Det ska bokas nya datum 2021 för att förhoppningsvis få till stånd en utbildningsinsats. För många patienter är det svårt att motivera kostnaden för dyrare läkemedel, detta gör att det i en del fall blir omöjligt att behandla med de nya dyrare läkemedlen. Patienterna har helt enkelt inte råd.

Vi har haft två genomgångar av kloka listans rekommenderade läkemedel under året.

7.

Alla patienter med nydebuterad diabetes ska meddelas diabetessköterska via TC . Det blev bättre, de flesta patienter meddelas diabetessköterska. Det påträffas fortfarande patienter med diabetes som ej diabetessköterskan fått kännedom om. Men vi blir bättre och bättre!

8.

Grupputbildning – nej, detta blev inte möjligt pga pandemin.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Husby- Akalla vårdcentral	
Verksamhetschef Eva Winqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

9.

Diabetesvecka – nej, detta blev inte möjligt pga pandemin.

10. Andra aktiviteter:

Aktiviteter som pågått under året med syftet att få kontroll på patienter med högt HbA1C har varit att individuella listor delats ut till, alla läkare fick varsin lista.

Patienterna gicks igenom i team med läkare och diabetessköterska under en rond för att göra upp en individuell plan för varje pat.

Psykosociala teamet har fått en aktiv roll i arbetet med att hjälpa patienter med att påverka sin livsstil och öka compliance för läkemedelsbehandling. Vi tror att detta kan vara en väg för att minska andel uteblivna besök samt genom en bättre compliance kunna se resultat på pat HbA1C samt blodtryck. De har tagit fram en PPT presentation som bifogas. Detta har börjat implementeras 2020 men arbetet kommer fortsätta 2021.

Vi har arbetat med kvalitetsgrupper under en längre period där diabetesgruppen har varit en av flera, det är ett bra sätt att arbeta med förbättringsarbete eftersom det blir gruppen som driver förbättringen. Dock fick dessa grupper anstå under våren då vi arbetade med helt andra arbetssätt för att kunna hantera många svårt sjuka patienter i covid 19. Därefter kom vi igång efter sommaren, men fick sedan ställa in allt grupparbete då smittspridningen tog fart igen och vi fick nya riktlinjer att förhålla oss till.

## 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
<b>Indikator 1</b>	Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.	18,7%	20200101	17%	17,4%	Medrave	20201231
<b>Indikator 2</b>	Andel i % av dessa patienter som har blodtryck >140/85	31,2%	20200101	20%	31,6%	Medrave	20201231
<b>Indikator 3</b>	Diabetesvecka	0 st	20200101	2	0		20201231
<b>Indikator 4</b>	Grupputbildning	0 st	20200101	2	0		20201231
<b>Indikator 5</b>	Antal personer i promenadgrupp	0 st	20200101	5	0		20201231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Husby- Akalla vårdcentral	
Verksamhetschef Eva Winqvist	Aktnummer (ifylles av HSF)

**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.*

**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.  
Enheten har lärt sig att det är svårt att upprätthålla takten i förbättringsarbete under en pandemi som förhindrar oss att arbeta i grupper. Kvalitetsgruppsarbetet som vi bedrivit de sista åren har varit väldigt effektiva och vi saknar dem nu då vi under hösten ej kunnat jobba på det sättet. Detta har dock tagit fram andra tankegångar, som att psykosociala teamet kommit på nya arbetssätt och hållit takten gällande utveckling uppe ändå

2.  
*Här skriver ni i vilken mån, och på vilket sätt, ni involverat patienter i ert arbete.*  
Patienterna har ej kunnat involveras på det sätt det var tänkt i gruppverksamhet samt under diabetesvecka. De är däremot högst involverade i arbetet med att öka tydligheten gällande plan och målvärden.  
Promenadgruppen kunde ej fortgå under pandemin.

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.*  
Vår ansats under 2021 är att sätta fokus på det psykosociala teamets roll i livsstilsförändring och se om vi därigenom kan förbättra patienternas HbA1C värden och blodtryck. Vi ska fortsätta arbetet med att varje patient ska ha en tydlig plan och målvärden dokumenterade i journalen. Teamet fortsätter att jobba med att öka samarbetet och arbeta utifrån vårdplanen.  
ST läkarens kvalitetsarbete ska färdigställas under 2021.

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