

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sickla Hälsocenter	
Verksamhetschef Linda Renman	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

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 2020 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbatteringsarbeten.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.

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.

Pontus Almer Boström, Distriktsläkare, MAL (pontus.almer-bostrom@sicklahalsocenter.se)
AnnaKarin Johansson, Diabetesansvarig Sjuksköterska
Karzan Hamlan, Undersköterska
Annelie Backemo, Distriktssköterska

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 (ändra inställningen så tiden går 5 år tillbaka och välj listade patienter så ni inte tappar de som inte varit hos er på ett tag), 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 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

I svenska populationer uppskattas prevalensen av Typ 2 Diabetes (T2D) samstämmigt till drygt 4%. Anmärkningsvärt nog är andelen diabetiker vid Sickla Hälsocenter (SHC) endast 2% vid preliminära mätningar. Detta är problematiskt då det finns stark evidens för att tidiga åtgärder avseende glykemisk och metabol kontroll minskar risken för allvarliga följsjukdomar.

Vid mätning 1 Januari hade Sickla Hälsocenter 328 (2,55%) Diabetiker i NDR och 360 (2,80%) unika patienter hade fått diagnos diabetes senaste två åren i MedRave.

I Primärvårdskvalitet uppmättes 190731 358 (2,79%) patienter med diabetesdiagnos. 51% av våra diabetiker uppfyller kriteriet HbA1c < 52 190731.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sickla Hälsocenter	
Verksamhetschef Linda Renman	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, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

Vi har valt att arbeta med detektionsgrad av 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

Vi vill identifiera patienter med diabetes tidigare för att minska risken för följsjukdomar såsom hjärtinfarkt/stroke, perifer artärsjukdom njursvikt och synnedläggning.

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

- Vi vill öka andelen diabetiker i förhållande till antal listade
- Vi hoppas att detta också skall avspeglas i lägre HbA1C värden (och att andelen diabetiker som har HbA1c <52 skall öka)

Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- a. 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.
- b. 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. Vi har:
 - Formulerat ett förbättringsarbete som föredragits för samtlig personal på APT, samt i interprofessionella grupper
 - Fp-glukos skall tas i samband med kallelse av kroniskt sjuka patienter äldre än 50 år
 - Fp-glukos skall erbjudas alla patienter som lämnar prov fastande på morgonen (oavsett skäl till provtagning)
 - Läkare skall i mån av tid erbjuda opportunistisk screening med fp-glukos vid läkarbesök
 - Vi gör månadsvis avstämning av detektionsgraden diabetes och meddelar alla medarbetare

- b. Med mål om patientmedverkan kommer vi:
 - Samråda med patienter på labb om vikten av att hitta diabetes tidigt. Efterhöra hur erbjudandet om mätning av fp-glukos emottas
 - Av patienter på labb och på läkare/SSK/DSK-besök efterhöra idéer om hur vi skulle kunna identifiera diabetespatienter tidigare
 - All input skall diskuteras i projektgruppen

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sickla Hälsocenter	
Verksamhetschef Linda Renman	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 start- läge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå mål- värdet
Indikator 1	<i>Andel diabetiker i NDR i relation till antalet listade</i>	2,55%	200101	3,5%		201231
Indikator 2	<i>Antal diabetiker i MedRave i relation till antalet listade</i>	2,80	200101	3,5%		201231
Indikator 3	<i>Andel Diabetiker med HbA1c<52</i>	51%	190731	60%		201231
Indikator 4						201231
Indikator 5						201231

Kommentar (valfritt):

Vilka källor tar ni era data från:

Se ovan; NDR, MedRave och Primärvårdskvalitet.

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 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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sickla Hälsocenter	
Verksamhetschef Linda Renman	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

- Vi har i professionsgrupper och på APT informerat om betydelsen av tidig detektion av Typ II Diabetes. Vi har därtill uppmanat till opportunistisk provtagning av p-glukos vid alla årskontroller av patienter med kroniska åkommor samt vid laboratoriebesök av patienter äldre än 50 år.
- Därutöver har vi författat en längre, utförlig rutin för arbetet med diabetesmottagningen
- Diabetessjuksköterska Anna-Karin har dessutom i MedRave sökt patienter med Typ II Diabetes som ej varit på årskontroll och placerat dem åter på väntelista.
- MAL har månadsvis dokumenterat antalet diabetiker och återkopplat till hela personalgruppen kontinuerligt. Vi har under projektperioden ändrat mätmetoden i MedRave och NDR för att erhålla så tillförlitliga data som möjligt: Alla mätningar av antal diabetiker har utgått från de föregående två årens diagnossättning. Detta har resulterat i följande data:

MEDRAVE: 190601 – 357 (2,8%), 200101 – 386 (3,0%), 201231 – 422 (3,2%)

NDR: 200101 – 375 (2,9%), 201231 – 409 (3,1%)

- Diabetessjuksköterska har identifierat vissa patienter som uppfyller diagnoskriterier för Typ II Diabetes, men som ännu inte erhållit diagnos.

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 i NDR i relation till antalet listade	2,9*	200101	3,5%	3,1%*	NDR (i M4 Medrave)	201231
Indikator 2	Antal diabetiker i MedRave i relation till antalet listade	3,0%	200101	3,5%	3,2%	MedRave	201231
Indikator 3	Andel Diabetiker med HbA1c<52	54%	200101	60%	67%	Primärvårds kvalitét	201231
Indikator 4							
Indikator 5							

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sickla Hälsocenter	
Verksamhetschef Linda Renman	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.

Under året har en stor del av vår verksamhet fokuserats på Covid-pandemin. Vi har ändå genom hårt slit ökat antalet diabetiker genom fokus på diabetesmottagningen. Andelen diabetiker ökade endast marginellt (0,2%); detta beror sannolikt på två faktorer;

- Andelen diabetiker ökade redan från slutet av hösten 2019 då vi införde de nya diabetesrutinerna initialt. Vi fångar således inte hela vår förbättring vid mätning över 2020 endast.
- Vår listning ökade signifikant under året vilket gör att diagnossättning av nya diabetiker kan vara fördröjt med upp till ett år.

Glädjande har vi parallellt med ovanstående dramatiskt förbättrat det viktigaste kvalitetsmålet avseende diabetes: HbA_{1c}<52 – en gräns under vilken risken för följdkomplikationer är mycket låg. Andelen av våra patienter som har HbA_{1c}<52 ökade från 54% till 67%. Detta följs av andra kvalitetsindikatorer såsom ”andel patienter som ej har albuminuri” som ökade från 59% till 65%

Sammantaget är vi mycket nöjda med våra resultat givet hur ansträngd vår mottagning varit av covid-pandemin under 2020.

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.

Efter ägarbytet 2018 har vi i ovan beskrivna kvalitetsarbete för första gången på vårdcentralen drivit ett kvalitetsarbete med stringens och hög energi. Vi har lärt oss mycket kring vilken förändringspotential vi egentligen har, men också kring vikten av tät uppföljning och återrapportering för att kunna mäta en skillnad.

Vid diabetesmottagningen använder vi kloka synpunkter från våra patienter som kan gälla tex kallelser (där mycket kan krångla med tex provtagning inför besök). Därutöver har vi lärt oss att många är positiva till att lämna p-glukos som opportunistisk screening på labbet.

Vi kommer under 2020 sträva efter att vidare öka andelen diabetiker något. Därutöver kommer vi att fortsätta mäta p-glukos opportunistiskt vid läkar- och labbesök.

2.

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

Vi har involverat patienter som gjort årsbesök, passerat labb, och besökt diabetesmottagningen. Vi har däremot inte involverat patienter i planeringen av arbetet.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sickla Hälsocenter	
Verksamhetschef Linda Renman	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

MAL och diabetessköterska kommer att följa kvalitetsvariabler och antal diabetespatienter kvartalsvis enligt vår nya diabetesrutin.

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