

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Anders Hallek	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 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.

*Anders Lebelius, specialist i allmänmedicin
anders.erik.lebelius@ptj.se
Kadri Koit, 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, 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

Vid genomgång av olika kvalitetsindikatorer i bland annat Primärvårdskvalitet framkommer att vi på några områden har bra siffror, tex vad gäller kontinuitet, förskrivning av beroendeframkallande sömnmedicin och följsamhet till kloka listan. Förbättringspotential finns t.ex. inom hypertoni där vi ligger under medianen för andel patienter med blodtryck <140/90. Vi har dock valt ett att arbeta med diabetespatienterna, där vi ser att man kan förbättra kvaliteten och bättre nå upp till nationella riktlinjer.

I medrave finns 131 patienter med diabetes typ 2 (listade patienter, 2015-02-17-2020-02-17, ålder>15år för att exkludera en patient på 1-6 år med troligen felsatt diagnos), varav 82 män och 49 kvinnor. Det framkommer att:

- 46,6% av dessa patienter har blodtryck <140/85 mmHg. (Nationella riktlinjer anger mål >= 65%)
- 10,6% av dessa patienter har HbA1C>70 (Nationell mål <10%)
- 78,3% av dessa patienter har registrerad ögonbottenundersökning (nationellt mål >=96%)
- 83,6% av dessa har registrerat fotstatus. (Nationellt mål >=99%)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Anders Hallek	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi noterar också att i NDR finns 117 patienter med diabetes typ 2, alltså en differens på 14 patienter.

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 typ 2 för förbättrad hälsa, och då det är visat att bl.a. förbättrad kontroll av blodtryck och blodsocker minskar risken för komplikationer, som annars kan leda till både personligt lidande för patienten och kostnad för samhället.

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

- Öka andelen patienter med blodtryck <140/85 mmHg
- Öka andelen patienter med hbA1c<70 mmol/mol
- Öka andelen registrerade fotstatus
- Öka andelen registrerade ögonbottenundersökningar

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 [ORC:s verktygslåda](#).

a.

Vi planerar att ta fram en lokal rutin för arbetet med våra diabetespatienter, som ska förtydliga uppdelningen mellan läkare och sjuksköterska (t.ex. vem som dokumenterar fotstatus och ögonbottenundersökning) men också kunna fungera som en checklista och stöd vid diabetesbesök. Rutinen ska innehålla tydliga riktlinjer kring att målvärden för patienten bör fastställas (tillsammans med patienten) och för hur patienter som inte når uppsatta målvärden ska följas upp. För att öka medvetenheten om målvärde för HbA1C planerar vi införa detta som sökord i journalsystemets diabetesmall, och detta kan användas som processmått för hur nya rutinen används under året. Vi planerar också att undersöka om vi har några "borttappade" patienter, som inte varit på kontroll på länge, vilket differensen mellan NDR och Medrave i antal patienter antyder.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Anders Hallek	Aktnummer (ifylles av HSF)

b.

Vid diabetesbesök hos diabetessköterska planerar vi att fråga patienterna om det är något stöd de saknar för att uppnå fastställda mål. Lärdomar av detta kan senare föras in i diabetesrutin. Målet är också att öka patienternas delaktighet i vården genom att fastställa behandlingsmål tillsammans patienten i ökad grad.

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 målvärdet
Indikator 1	<i>Andel i % av patienterna med Diabetes typ 2 (DM2) med blodtryck < 140/85 mmHg</i>	46,6	200301	55%	medrave	201231
Indikator 2	<i>Andel i % av patienterna med DM2 med HbA1c > 70 mmol/mol.</i>	10,6	200301	8%	medrave	201231
Indikator 3	<i>Andel i % av patienterna med DM2 med registrerat ögonbottenstatus.</i>	78,3%	200301	96%	medrave	201231
Indikator 4	<i>Andel i % av patienterna med DM2 med registrerat fotstatus.</i>	83,6%	200301	99%	medrave	201231
Indikator 5	<i>Sökordet Målvärde för HbA1c registrerat i journal.</i>	0%	200301	50%	Medrave	201231

Kommentar (valfritt):

Vilka källor tar ni era data från:

Data från medrave 200217. (listade patienter, 2015-02-17-2020-02-17, ålder > 15år för att exkludera en patient på 1-6 år med troligen felsatt diagnos)

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Anders Hallek	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

Grunden i vårt förbättringsarbete har varit att ta fram en diabetesrutin som förtydligar hur våra diabetespatienter ska tas om hand. Utgångspunkten har varit de mål som socialstyrelsen har för diabetes typ 2, men också andra behandlingsrekommendationer tex viss.nu. Parallellt med detta har vi också i möte med våra diabetespatienter efterfrågat deras synpunkter och önskemål.

De viktigaste punkterna i den nya arbetsrutinen är ”vem som gör vad” (dvs diabetessköterska eller läkare), hur det ska dokumenteras samt vikten av behandlingsmål och uppföljning av patienter som inte når behandlingsmål. (Vg se bifogad diabetesrutin i slutet av dokumenten).

Ansvariga för kvalitetsarbetet, en läkare och en diabetessköterska, har tillsammans tagit fram nya rutinen och började i våras att arbeta enligt denna. Då det bedömdes ge förbättrad kvalitet genom ökat samarbete mellan yrkesgrupperna och att vi generellt kunde se förbättrade värden hos de patienter där vi följt rutinen, presenterades den för hela arbetsgruppen och infördes som gällande rutin i samråd med vårdcentralens ledningsgrupp.

Vi har under året sedan påmint om att nya rutinen är framtagen samt stämt av att den begriplig och ett användbart stöd. Pga covidpandemin har dock dessa uppföljningar och avstämningar försvårats, pga tidsbrist och betydligt färre gemensamma möten.

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 i % av patienterna med Diabetes typ 2 (DM2) med blodtryck <140/85mmHg	46,6	200301	55%	56,3%	medrave	201231
Indikator 2	Andel i % av patienterna med DM2 med HbA1c >70 mmol/mol.	10,6	200301	8%	6,9%	medrave	201231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Anders Hallek	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 3	Andel i % av patienterna med DM2 med registrerat ögonbottenstatus.	78,3%	200301	96%	91%	medrave	201231
Indikator 4	Andel i % av patienterna med DM2 med registrerat fotstatus.	83,6%	200301	99%	94%	medrave	201231
Indikator 5	Sökordet Målvärde för HbA1c registrerat i journal.	0 ggr	200301	65 ggr	50 ggr	medrave	201231

Övriga kommentarer:

I medravesökning fanns vid årets slut 144 patienter med diagnos diabetes typ 2 (motsvarande sökning som inför start dvs listade patienter över 15 år, 2015-12-31-2020-12-31)

Målen för registrerat ögonbottenstatus och fotstatus har ej uppnåtts, men är tydligt förbättrat. Vi vet att några enstaka patienter går till privatläkare för sin diabetes, och får därmed inte ögonbottenstatus och fotstatus registrerat hos oss även om diagnosen kan ha satts i samband med andra läkarbesök. Pga covidpandemin har också en del diabetesbesök genomförts som videobesök, varför fotstatus då inte kunnat genomföras. Enstaka patienter har också avbokat sin ögonbottenundersökning pga pandemin.

Processmålet "målvärde för HbA1c registrerat i journal" var angivet i procent, men då det bedöms som svårtolkat har vi ändrat till antal gånger sökordet använts. För att ungefär motsvara tidigare mål 50% har målet angivits 65 gånger, dvs 50% av 131 patienter vid periodens början. Detta mål har inte fullt uppnåtts men man ser ändå att vår diabetesrutin har börjat användas.

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.
Vi har lärt oss att med förändrat arbetssätt går det att på relativt kort tid göra mätbara förbättringar för våra patienter. Med en tydligare rutin för diabetes kan arbetet mellan yrkesgrupperna fördelas utan lika stor risk för missförstånd eller att patienten faller mellan stolarna.
Vi ser att man inte för lättvindigt ska nöja sig med "nästan bra" värden, utan följa upp och förändra. Med fastställda behandlingsmål ökar chansen att läkare, patient och diabetessköterska arbetar tillsammans mot samma mål.

2.
Vi har kontinuerligt frågat patienterna vad de saknar i vården avseende diabetes. De har bl.a. efterfrågat att träffa samma läkare/sjuksköterska, vilket är högst relevant och tillgodoses självklart så långt det är möjligt. I vissa fall önskas fler besök per år, och då har detta kunnat ordnas. Önskemål om diabetesgrupper är noterade och tas med till när det är möjligt efter nuvarande pandemi.
Vi ser också att patienterna vill vara involverade i sin behandling. De vill oftast veta hur läkemedel fungerar, vad som händer i kroppen och vad de själva kan göra för att sänka blodsockret och blodtrycket. Vi har uppmuntrat detta och har arbetat med att informera och involvera patienterna bl.a. genom att sätta behandlingsmål tillsammans med patienten och också en plan för hur det ska uppnås.

Patienter efterfrågar också blodsockermätare, och vi ser att det är ett bra pedagogiskt verktyg där patienten själv lär sig hur de kan påverka sitt blodsocker. Om patienten får förståelse hur mat och motion påverkar blodsockret blir de mer motiverade, involverade och kan lättare nå sina blodsockermål.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Anders Hallek	Aktnummer (ifylles av HSF)

3.

Den positiva trenden för våra indikatorer tror vi kommer kunna fortsätta även 2021, genom att alla besöken i år nu genomförs med gällande diabetesrutin. För att säkerställa detta kommer vi fortsätta påminna om rutinen för kolleger, men också kontinuerligt se över vad som kan förbättras genom feedback från dem. Om pandemiläget tillåter kan det vara aktuellt med införande av diabetesgrupper som önskats av patienter. Vi har tyvärr pga pandemin inte haft utrymme för att genom medräve söka efter patienter med diagnos typ 2 som inte varit på besök hos oss på länge. Detta kommer att genomföras i år med hög prioritet.

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 forbättringsarbeten.hsf@sll.se

Bilaga

Rutiner för diabetes mellitus typ 2, Telefonplans Vårdcentral

Gäller för *alla* patienter som uppfyller diagnoskriterier för diabetes mellitus typ 2.

Läkare

Minst 1 mottagningsbesök per år, sätts på väntelista "VL Diab Dr"

- *Blodsockerkurva* för minst 3 dygn medtas om möjligt, gå igenom med patienten.
- *Lab:* HbA1c, fastglukos, kreatinin, kalium, kolesterol, HDL, LDL, triglycerider samt u-albumin/kreatinin. Överväg kobalamin vid metforminbehandling (tex vart 3:e år).
- *Blodtryck*, ev EKG
- *Komplikationer?:* hjärtkärlsjukdom, erektil dysfunktion, njursvikt, proteinuri?
- *Läkemedel:* Compliance? Biverkningar? Hypoglykemier?
 - Justering av blodsockersänkande läkemedel efter HbA1c och blodsockerkurva.
 - Justering av hypertoni-läkemedel.
 - Statinbehandling? Beräkning av risk enligt NDRs riskmotor.
- Remiss *ögonbottenfoto* enligt tidigare remissvar. Remissvar registreras i daganteckning under sökord "ögonbottenundersökning", sökord läggs till manuellt.

I journalen används diabetesbesök-mallen:

- Fastställ *målvärde för HbA1c* under separat sökord. Motivera gärna i bedömning.
- Fastställ *målvärde för blodtryck* under separat sökord. Motivera om målet ej är <140/85 mm Hg.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Anders Hallek	Aktnummer (ifylles av HSF)

Om patienten ej når målvärden, vilken åtgärd planeras och vem följer upp? Återbesök efter senast 3 månader om målvärde för HbA1c och blodtryck ej uppnåtts, till läkare eller diabetessköterska utifrån individuell bedömning.

Diabetessjuksköterska

Minst 1 mottagningsbesök per år. Diabetessjuksköterska kallar patienten från "VL Diab dsk", med fördel 6 mån efter läkarbesök (om inte tidigare uppföljning önskats i samband läkarbesöket).

- *Blodsockerkurva* för minst 3 dygn medtas om möjligt, gå igenom med patienten.
- *Lab:* HbA1c.
- *Läkemedel:* Compliance? Biverkningar? Hypoglykemier?
 - Ev. justering av insulindoser och tablettbehandling enl. behandlingsplan. Konsultera läkare v.b.
- *Instruktion* självtester/insulinpenna.
- *Livsstilsfaktorer* med rådgivning: rökning, alkohol, motion, kost.
- *Mätning:* Längd, vikt, BMI, midjemått, blodtryck.
- *Fotundersökning*, fotvårdsremiss vid behov. Remissvar registreras med riskgrupp.
- Uppmana till *tandvård*
- Registrera *NDR* information, sjukdomsdebut