

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Statinbehandling av patienter med diabetes typ 2

Mottagningens namn

Capio Vårdcentral Nynäshamn

Verksamhetschef

Eva Lööf, tf verksamhetschef -> 24/7-2023

Daniel Cabelduc, verksamhetschef, 24/4-23->

Verksamhetschefens e-post

Eva.loof@capio.se

Daniel.cabelduc@capio.se

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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda förbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2023**.

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2024**.

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Jennie Wennerberg

Profession: Distriktsköterska

E-post: jennie.wennerberg@capio.se

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.
- Fundera över hur kan ni rent praktiskt involvera era patienter för att influera själva förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).

A: Ange övriga teammedlemmar och deras professioner

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

A:

Therese Boart, diabetessköterska, Eva Westerberg, spec allmänmedicin

B:

Information i väntrum angående att vi under 2023 haft extra fokus på blodfettsbehandling av patienter med diabetes typ 2. Pt har uppmanats efterfråga sitt målvärde för LDL

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

När det gäller behandling av diabetiker med statiner ligger vi i MedRave på 50% och i PrimärvårdsKvalitet på 58%. Genomsnitt Sthlm 63,9%.

- Vi vill att fler av våra listade diabetiker ska uppnå sitt individuella målvärde för LDL, där målvärdet ska vara beräknat utifrån riskprofil. För att kunna ta ställning till om medicinering med statiner ska sättas in och om ev befintlig dos är tillräcklig ska målvärde LDL anges i journalen som sökord.
- Vår bedömning är att läkare och sköterskor behöver uppdateras om behandlingsmål och om handläggning vid ev biverkningar av statiner.
- Vi vill medvetandegöra patienterna om vikten av bra reglerat LDL och att medicinera med statin när det behövs.

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Statinbehandling av patienter med diabetes typ 2

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringsstrappa/>

Formulera här era mål:

- Vi vill att patienter med diabetes typ 2 listade på vårdcentralen ska få den information och den behandling de behöver för att ha så låg risk som möjligt för kardiovaskulär händelse till följd av diabetessjukdomen.
- Information och behandling ska följa aktuella riktlinjer och utgå från patientens situation, ålder och övrig riskprofil.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringsstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)
Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Brist i följsamhet till gällande riktlinjer

1.1: Sköterskorna bokar som administrativt ärende till läkare att ange målvärde
1.2: Läkarna anger i journal på årskontroll
1.3: QPI-ronder (Quality Performance Indicators, följer utvalda parametrar på patienter med kroniska sjukdomar m h a MedRave)kvartalsvis
1.4 Internutbildning

2 Patienterna är otillräckligt informerade om vikten av bra kontrollerat LDL

2.1: Information vid besök sjuksköterska/läkare
2.2: Använda NDR:s riskmotor när det bedöms lämpligt
2.3: Skriftlig information i VR och diabetesrum om att vi har extra fokus på blodfetterna i år och uppmana patienterna att fråga oss.

3: Patienter ofta negativa till statiner p g a negativ information i media och (överdriven) rädsla för muskelbiverkningar

3.1: Information i samband med nyinsättning om vilka ev biverkningar som kan uppkomma.
3.2: Använda SAMS-verktyget vid bedömning av muskelsymtom
3.3: Vid behandlingsavbrott återinsätta enligt riktlinjer Janus.info

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringsstrappa/>

Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserande mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel diabetiker typ 2 som behandlas med statiner</i>	58 %	230101	65%	Primärvårdskvalitet	231231
Indikator 2	<i>Antal pt med diabetes typ 2 där målvärde LDL finns noterat i journalen</i>	24 st	230101	250 st	MedRave	231231
Indikator 3	<i>Andel pt med diab typ 2 som uppnår minst målvärde LDL enl MedRave <2,6</i>	36%	230101	50%	MedRave	231231
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2023</i>

Kommentar (valfritt):

Vi har valt att som indikator 2 välja antal, inte andel, eftersom det är enklare att få fram med egen Medrave-rapport som ska presenteras löpande. Antalet listade diabetiker är 765 st i dagsläget vilket betyder att en tredjedel skulle ha angivet målvärde om vi uppnår målet

TIPS: Notera någonstans 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.

Steg 9 Action

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet blev som ni tänk? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Beskriv här övergripande hur ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar.

Planera: Vi informerar på APT om kvalitetsarbetet. Egen rapport MedRave har tagits fram för att hitta patienter med sökord Målvärde LDL.

Internutbildning av MAL och diabetessköterskor avseende riktlinjer för statinbehandling (viss.nu), demonstration av NDR:s riskmotor och handläggning vid biverkningar.

Göra: Eftersom vi har få fasta läkare och därmed fler som arbetar som konsulter bedömer vi att sjuksköterskorna har en viktig roll i att genom ärende i läkarens tidbok uppmärksamma att målvärde LDL ska anges i journalen samt att där livsstiländringar inte bedöms tillräckligt statin ska ordineras.

Studera: QPI-ronder kvartalsvis för uppföljning där egen Medraverapport avseende sökord målvärde LDL också dras ut och presenteras.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2023 del 1 och skicka in senast 28 februari 2023 till:

forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

A. Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Om ni använt mallar för PGSA så kan ni skicka in dom som bilaga.

Det arbetssätt som vi startade med från början, efter information och genomgång av riktlinjer och målvärden enl viss.nu, har vi fortsatt med.

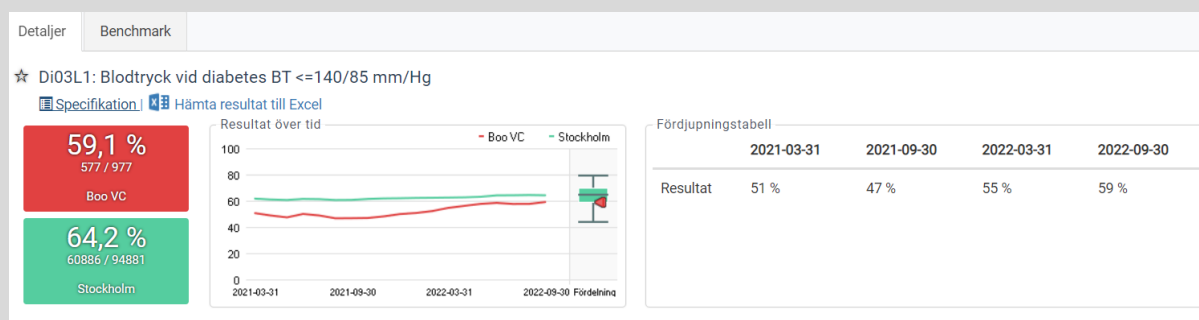
- Inför årskontroll diabetes hos sjuksköterska tas grupprovet "årskontroll diabetes" (krea, U-alb/krea, kalium, HbA1c och lipidstatus).
- Ärende läggs i läkares tidbok att bedöma provsvaren och ange målvärde LDL. Övriga provsvar bedöms också av läkaren som även vid behov uppdaterar målvärde HbA1c samt tar ställning till behov av ev åtgärder beroende på njurfunktion, mikroalbumineri.
- Läkaren bedömer provsvaren och tittar igenom patientens journal och nuvarande behandling Utifrån patientens diabetessjukdom, komplikationer till diabetes och övriga diagnoser anger läkaren ett målvärde för LDL enl viss.nu och motiverar varför detta målvärde. Om patienten inte uppnått detta målvärde skrivs recept Atorvastatin i lämplig dos alternativt dosökning befintlig statinbehandling.

•

- Som bokningsunderlag i läkarens tidbok används "Distanskontakt EJ första". Journalanteckningen skrivs som "Anteckning" och sökord "Målvärde LDL" läggs till som term. De för bedömningen av riskprofilen relevanta diagnoserna sätts i anteckningen. Dvs förutom diabetesdiagnosen med eller utan komplikationer även exv ischemisk hjärtsjukdom, TIA i den egna sjukhistorien mm mm.
- Vid årskontrollen hos sjuksköterska informeras patienten om målvärde och ev insatt behandling. Vid ändring av dos eller nyinsättning statin kontrolleras nytt lipidstatus efter 2-3 månader. Om patienten kan läsa sin journal via 1177.se uppmanas hen att bevaka det provsvaret och läkarens kommentar där, annars brevsvar

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 om ni vill**) 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM 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 typ 2 som behandlas med statiner	58%	230101	65%	65%	Primärvårds kvaliteten	231231
Indikator 2	Antal pt med diabetes typ 2 där målvärde LDL finns noterat i journalen	24 st	230101	250 st	242 st	MedRave	231231
Indikator 3	Andel pt med diab typ 2 som uppnår minst målvärde LDL enl MedRave <2,6	36%	230101	50%	54%	MedRave	231231
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

De två diabetessköterskor, Jennie och Therese, som från början var del av förbättringsteamet slutade på VC under våren/sommaren 2023. Arbetssättet med distansbedömning till läkare med önskemål om målvärde var då implementerat

och de sjuksköterskor som tagit emot diabetespatienter för årskontroll har fortsatt med det.

Kvar i det ursprungliga teamet är MAL Eva Westerberg,

eva.westerberg@capio.se

Ny verksamhetschef har tillträtt sedan 230724, Daniel Cabelduc,

daniel.cabelduc@capio.se

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har under året bemannat med, förutom MAL, inhyrda läkare på längre eller kortare uppdrag. Trots detta har vi klarat att upprätthålla en god vård av våra diabetespatienter. Mäts med QPI-rapporter månadsvis där relevanta MedRavedata för olika kroniska sjuksdomar presenteras och jämförs med andra Capiovårdcentraler i regionen.

Vi bedömer att detta arbetssätt där sjuksköterskan är den som är drivande har varit avgörande för det.

Som läkare får man större möjligheter att fokusera på riskprofil vid genomläsning av journal än vid besök där mkt annat avhandlas.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Genom att patienten får ett tydligt målvärde och en motivering till varför bedöms de bli mer delaktiga. Eftersom målvärden skiljer sig från referensvärden när det gäller LDL blir det extra viktigt med förklaring.

Även att gå in i journalen via 1177.se och bevaka sina provsvar bedöms öka delaktigheten.

Vi har haft bara något enstaka fall med pt som inte velat fortsätta sin medicinering.

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? 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 fortsätter med nuvarande arbetssätt som vi använder även på andra diagnoser, exv årskontroll okomplicerad hypertoni hos sjuksköterska, ställningstagande till medicinändringar efter årskontroll KOL-sköterska mm.

Under året har patientärendena främst satts upp till MAL men även till läkare på längre hyruppdrag som är informerade om arbetssättet. Vi planerar att göra mer plats i tidboken för även leg läkare på uppdrag hela 2024 som planeras för ST.

Vi kommer inom kort prova AI (ALMA) vilket bedöms göra läkarens bedömning snabbare.

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

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se