

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Statinbehandling för diabetiker på Capio Vårdcentral Solna*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
CAPIO VÅRDcentral SOLNA

Verksamhetschef
INGRID LINDEBORG

Verksamhetschefens e-post
Ingrid.lindeborg@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**, **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

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** **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..**

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: MASHAIR BADUMÉ (har arbetat med projektet fram tills sin sista anställningsdag som var den 12 oktober 2023.

Efter den dagen är VICKI SUNDMARK kontaktperson för projektet.

Profession: LÄKARE
DIABETESSKÖTERSKA

E-post: mashair.badume@capio.se

E-post: vicki.sundmark@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 ni kan involvera era patienter i 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:

Vicki Sundmark Distrikssköterska

Anna Weiss Salema Distrikssköterska

Gabriella Falkmalm Specialist i Allmänmedicin

Mashair Badumé Specialist i Allmänmedicin

B:

Det finns en planering sedan tidigare att starta med gruppträffar för diabetiker. Vi har två diabetessköterskor som är intresserade av detta och som har erfarenhet sedan tidigare. Vi planerar flera träffar under året och tänker oss att det ska vara fokus på statiner på ett av dem. Patienter som inte medicinerar med statiner får träffa patienter som har läkemedel och tillsammans ta del av information kring kolesterol och diabetes. På så vis hoppas vi genom delaktighet få till ett gemensamt lärande med bättre förståelse för patienterna och förhoppningsvis förbättrade möjligheter till behandling för deras sjukdom.

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/vertygslada-forbattringstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Det är vedertaget inom den moderna medicinen att traditionella riskfaktorer som rökning, hypertoni samt dyslipidemi är av avgörande betydelse för utvecklingen av makroangiopatiska komplikationer hos diabetiker. Intensiv behandling av dessa faktorer minskar på ett avgörande sätt sjuklighet och dödlighet i kardiovaskulär sjukdom.

Diabetes bidrar till att den aterosklerotiska processen i kärlen blir mer aggressiv. Förekomst av lipidmetabola rubbningar som hypertriglyceridemi och lågt HDL likväl störningar i koagulations-och fibrinolyssystemet samt en ökad förekomst av hypertoni är bidragande faktorer till den ökade risken för ischemisk hjärt-och kärlsjukdom vid diabetes.

Vi har idag 367 patienter med diabetes typ 2, vilket utgör 4,7% av våra listade patienter. 61% av våra diabetiker har statinbehandling, medan Stockholm har 64,1% enligt statistiken i Primärvårdskvalitet. Detta innebär att 224 patienter har statinbehandling, medan 143 saknar behandling hos oss.

Vid genomgång av indikatorerna kring våra diabetespatienter i MedRave ser vi också att det endast finns registrerade lipidvärden för ca 73-74% av våra patienter senaste 18 månaderna. Vi hade förväntat oss en högre nivå, särskilt efter slutet av ett år när de flesta av årskontrollerna av diabetikerna är utförda.

Vårt mål med kvalitetsarbetet är att förbättra omhändertagandet av våra patienter med diabetes genom att öka behandlingen med statiner och därigenom bidra till att minska risken för kardiovaskulära händelser. Därutöver vill vi i andra hand arbeta för att våra patienter uppnår målvärden för LDL<1.8 mmol/L i den utsträckning detta är möjligt.

Vad är anledningen då till att vi så har låg statinanvändning hos våra diabetiker?

Vi vet att orsakerna är flera, dels att:

- Patienter har varit motvilliga till behandling pga biverkningar.
- Patienter har fått biverkningar och sedan inte velat fortsätta med behandling.
- Patienter har påverkats av vad de har läst i media.
- Vi har inte behandlat patienterna för att uppnå LDL-värden.
- Effekterna av pandemin är kvar, då årskontroller behövde skjutas upp flera gånger.

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 för diabetiker

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

1. **Ökad statinbehandling och måluppfyllelse till över 70% av patienterna**
2. **Öka kontrollerna av lipider vid provtagning av diabetiker**
3. **Sträva att med statinbehandling uppnå LDL-mål <1.8 mmol/L.**

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/verktygslada-forbattringstrappa/	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 verktygslåda för patientsamverkan: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/					
1: Patienter har varit motvilliga till behandling pga biverkningar.	1.1: Information om behandlingen 1.2: Information om alternativa lösningar mot biverkningar. 1.3: Broschyr					
2: Patienter har fått biverkningar och sedan inte velat fortsätta med behandling.	2.1: Information om alternativa lösningar med förklaring om varför behandling är viktig 2.2: 2.3: Broschyr					
3: Patienter har påverkats av vad de har läst i media.	3.1: Information om orsaken och vikten av behandlingen. 3.2: Information om biverkningar 3.3: Broschyr					
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/verktygslada-forbattringstrappa/						
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 ”balanserat 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 (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	Behandling med statin	61%	2023-02-27	75%	Med-rave	2023-12-20

					GUPS	
Indikator 2	Registrering av LDL	73%	2023-02-27	98%	Med rave	2023-12-20
Indikator 3						T.ex. dec 2023
Indikator 4						T.ex. dec 2023
Indikator 5						T.ex. dec 2023

Kommentar (valfritt):

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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.

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 som ni tänkt? 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.

Hur planerar vi att nå vårt mål?

1. Övergripande ansvar och kontroll av arbetet kommer att ske inom vårt diabetesteam med läkare och sjuksköterskor, där träffar sker en gång i månaden. Där ska idéer och handlingsplan fortlöpande diskuteras och leda till vidare planering.
2. Information till övriga kollegor om förbättringsarbetet sker fortlöpande på personalmöte samt övriga kollegiemöten.
3. Vi kommer att kartlägga alla patienter som inte har statiner i första hand. Diabetessköterska kommer att ansvara för att kalla dessa till läkarbesök och uppföljande besök hos diabetessköterska under året.
4. I diabetes-teamet håller man koll på att alla patienter kallas för kontroll under året och att patientansvariga läkare beställer lipidprover. Uppföljning sker via kontrollistan i Medrave.

5. Patienter kommer även att kontaktas via digitala utskick för att lämna t.ex lämna prover samt för att följas upp.
6. Informationsblad för patienterna om behandling av kolesterol vid diabetes kommer att utformas av läkarna. Informationen ska vara kortfattad och lätt att förstå.

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

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in senast 28 februari 2023 till: forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

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**

Justeringar i del 1 går bra att göra. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

En signifikant förbättringsidé var att engagera båda diabetessköterskor i arbetet med att kontrollera lipidstatus och patientens följsamhet till statinhandling.

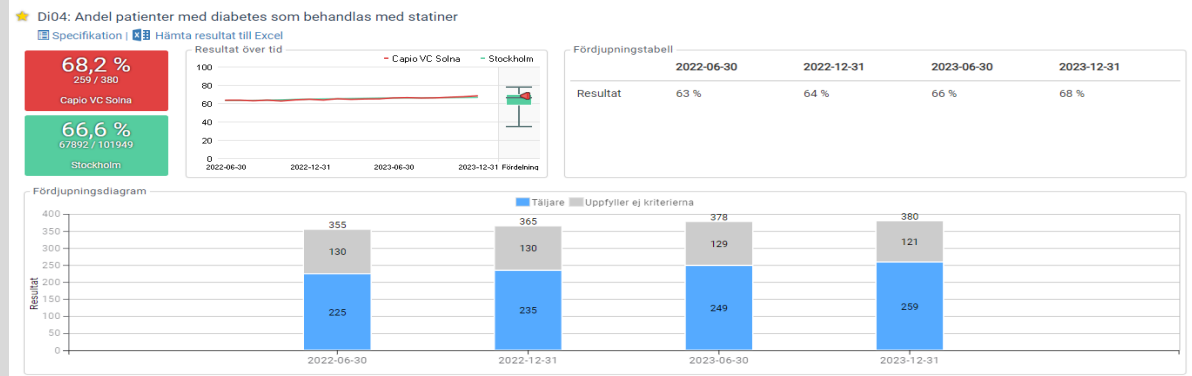
Ytterligare förbättringsidé var att genom information om riskerna vid förhöjda blodfetter och diabetes typ 2 öka följsamheten hos patienterna som redan har statinbehandling. Detta arbete pågår numera fortlöpande

Vi vill göra patienterna mera delaktiga i sin behandling och ge välgrundad information för bättre compliance och positiv inställning till påbörjande av behandling av hyperlipidemi

En annan idé var att utarbeta en lättläst enkel broschyr om lipider och nyttan av statinbehandling vid diabetes. Denna idé är fortsatt i implementeringsstadiet

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 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 start- läge	Mål (%) eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/ period för resultat-värdet
Indikator 1	Behandling med statin	61%	2023-02-27	75%	67,3%	Medrave/ Primärvårds-kvalitet	2023-12-20
Indikator 2	Registrering av LDL	73%	2023-02-27	98%	87%	Medrave	2023-12-20
Indikator 3							T.ex. dec 2023
Indikator 4							T.ex. dec 2023
Indikator 5							T.ex. dec 2023

Övriga kommentarer:

Vi har inte uppnått de uppsatta målen men är nöjda med de goda trenderna där både statinbehandling hos våra patienter och registrering av LDL värden har ökat.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Under arbetet har vi sett att blodfetter ofta missas i provtagningsunderlagen trots att de finns i de färdiga provtagningsgrupperna som används inför årliga läkarkontroller. Det kan bero på att patienter har andra sjukdomar och i de remissgrupperna finns ej blodfetter. Värden som talar för diabetes kan hittas som bifynd vid andra provtagningar.

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?

Patienter har ofta uttryckt rädsla för statinbehandling på grund av biverkningar som de har hört eller läst om. Vi har under arbetet strävat efter att ge noggrann information om nyttan av statinbehandling för att öka patienternas delaktighet, förståelse och motivation till att ta sina statiner regelbundet.

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.

Vid diabetiska vården är det extra viktigt att remittera patienter till diabetessköterskan som följer upp både blodsocker och blodfetter. Detta kan bidra till att den goda trenden där registrering av LDL och statinbehandling hos våra diabetespatienter ökar.

Vi kommer att skapa en patientinformationsbroschyr med enkel information om statinbehandling som kan delas ut i samband med årliga diabeteskontroller hos både läkare och diabetessköterska.

Spara detta dokument med namn enligt: 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