

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sjöstadsdoktorn	
Verksamhetschef Susanne Barenius	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: *Statiner vid hypertoni*

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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2022**. 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 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktigt för att göra rätt saker.

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. Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.

Johanna Roman Hjelte, ST-läkare johanna.roman.hjelte@sjostadsdoktorn.se

Airene Lindfors, specialist i Allmänmedicin

Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!

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. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja 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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sjöstadsdoktorn	
Verksamhetschef Susanne Barenius	Aktnummer (ifylles av HSF)

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>

Vi ser i Medrave m4 att våra patienter med diabetes typ 2 inte får statinbehandling i den utsträckning som vore önskvärt. Hos våra patienter får endast 53,1 % av diabetes typ 2 patienterna statinbehandling jämfört med 61% i hela Stockholm. Avseende patienter med hypertoni utan samtidig diabetes har vi inga jämförande siffror att titta på men kan i medrave4 konstatera att endast 21 % av patienterna som har hypertoni utan samtidig diabetes har statinbehandling. Sannolikt har betydligt fler av dessa patienter indikation för statinbehandling varför vårt syfte med detta kvalitetsarbete är att blir bättre på att göra en riskvärdering avseende vilka patienter med hypertoni som skulle vara gagnade av statinbehandling samt att öka statinföreskrivningen på vårdcentralen.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Vi vill under detta år jobba för att öka statinanvändningen och sänka LDL-nivåerna och därmed risken för hjärt-kärlhändelser för våra patienter med hypertoni utan samtidig diabetes.

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient-verksamhets- och samhällsnivå)

Vi vill förbättra följsamheten till gällande rekommendationer avseende statinbehandling vid hypertoni för att minska risken för hjärt-kärlhändelser i denna grupp.

Vi vill öka användandet av matrisen modifierad efter Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer 2014 och uppdaterad och modifierad efter ESC/ESH guidelines 2018 publicerad i nr 4 av Evidens 2020 för att göra riskskattning och riskbedömning avseende vilka av hypertoni-patienterna som ska erbjudas statinbehandling och vilka mål-värden för LDL som ska eftersträvas.

Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

Delmål1: Att öka andelen patienter med hypertoni som behandlas med statin (efter att individuell riskskattning och bedömning av den kardiovaskulära risken gjorts)

Delmål2: Öka andelen patienter med hypertoni som det kontrolleras LDL på

Delmål3: Öka andelen patienter med hypertoni som med eller utan statinbehandling når LDL <2,6

Delmål4: Att öka andelen patienter med hypertoniorsakad njurskada (definierat som GFR <60) som behandlas med statin

Delmål5: Att öka andelen män över 55 år med LDL >3,0 (3 riskfaktorer) som får statinbehandling

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sjöstadsdoktorn	
Verksamhetschef Susanne Barenius	Aktnummer (ifylles av HSF)

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

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? 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. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:
<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>
- b. Hur tar ni reda på vad som 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. - Genom att gemensamt i arbetsgruppen gå igenom riktlinjer för statinbehandling vid hypertoni tror vi att vi tillsammans kan identifiera fler patienter som kan ha nytta av statinbehandling
- Genom föreläsningar ge argument för statinbehandling
- Gemensamt titta på enkla sätt för riskskattning vid hypertoni
- Under året verka för att kontrollera LDL på riskpatienter genom att det vid årskontroll ingår kontroll avseende blodfetter och riskskattning
- Använda journalterm (tex Kardiovaskulära riskfakt) för riskskattning som en påminnelse om att detta ska göras vid årskontroll hypertoni
- b. – Motivera patienterna genom att involvera dem i sin egen riskskattning.

Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	Andel hypertoni-patienter med statinbehandling	21%	22-01-25	31%		2023-01-03
Indikator 2	Andel patienter där LDL kontrollerats de senaste 24 månaderna	71 %	22-01-25	81%		2023-01-03
Indikator 3	Andel patienter med hypertoni som har LDL <2,6	25,3%	22-01-25	35%		2023-01-03

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sjöstadsdoktorn	
Verksamhetschef Susanne Barenius	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 4	<i>Andel patienter med hypertoni och GFR<60 som behandlas med statin</i>	26/102=25,4%	22-01-25	50%		2301-01-03
Indikator 5	<i>Andel män, 55+ med hypertoni och LDL >3,0 som får statinbehandling</i>	17/94=18%	22-01-25	33%		2023-01-03

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.

Indikator 1-5: medrave4

Indikator 4: samtliga som lämnat GFR

Indikator 5: Avser endast de som lämnat LDL

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 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sjöstadsdoktorn	
Verksamhetschef Susanne Barenius	Aktnummer (ifylles av HSF)

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

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

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

Vi har under året arbetat med att säkerställa en djupare förståelse i personalgruppen kring riskvärdering hos hypertoni-patienter utan samtidig diabetes när det gäller primärprevention med statiner. Detta gjordes genom ett flertal diskussioner och genomgångar av verktyget vi valde att använda för riskvärdering samt genomgång av evidensläget för statiner som primärprevention. En 60 minuters internutbildning för hela personalgruppen samt 3 läkarmöten á 60 minuter har dedikerats till detta. Under årets gång kom uppdaterade riktlinjer kring både LDL-mål och rekommenderat riskvärderingsverktyg men vi fortsatte att använda det riskvärderingsinstrument vi valde i början av året för att förenkla och göra arbetet jämförbart under året. Även distrikts- och sjuksköterskorna har deltagit i brainstorming kring hur vi i team kan hitta de patienter som skulle vara betjänta av en riskvärdering. Och de har under året varit delaktiga i arbetet med att identifiera patienter som behövt en individuell riskvärdering.

Vi har valt att lägga till sökordet "Kardiovaskulär riskfakt" i mallen för våra årskontroller för att kunna journalföra riskvärderingen och rekommendationen kring LDL-mål. Närvaron av detta sökord tjänar dels som påminnelse att detta bör göras vid årskontroll hypertoni men underlättar också i uppföljningen kring vilket målvärde som diskuterats med patienten och för att kontrollera om målet uppnåtts eller om dosjustering eller tillägg av preparat behövs. På vårdcentralen arbetar vi sedan tidigare i team med en allmänspecialist och en distriktssköterska eller en sjuksköterska i vardera team. I teamen där specialisten är handledare ingår även den ST-läkare eller AT-läkare som specialisten handleder. I några av dessa team har sköterskan skött uppföljningen och titrerat statinen tills LDL-målet nåtts, i övriga team har läkare skött titrering och uppföljning.

Vi har kontinuerligt diskuterat primärprevention vid läkarmöten samt ett flertal gånger strukturerat gått igenom den riskkalkyl vi valt att använda oss av. Vi har också tillsammans följt vår progress under året.

Vid en av dessa uppföljningar i Medrave noterade vi att Delmål 4 (Andel patienter med hypertoni och GFR<60 som behandlas med statin) behövde modifieras. Initialt rörde delmål4 hur många av patienterna med GFR<60 som nådde LDL <1,8 men detta delmål visade sig svårt att följa upp och rörde inte på sig alls på samma sätt som statinförskrivningen i gruppen varför detta delmål modifierades till att istället fokusera på hela gruppen med GFR<60 och hur stor andel av dessa som behandlas med statin.

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 som visar mätvärdena över tid)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sjöstadsdoktorn	
Verksamhetschef Susanne Barenius	Aktnummer (ifylles av HSF)

	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 hypertonipatienter med statinbehandling	21%	22-01-25	35%	36,2%	medrave	23-01-03
Indikator 2	Andel patienter där LDL kontrollerats de senaste 24 månaderna	71%	22-01-25	81%	79,6%	medrave	23-01-03
Indikator 3	Andel patienter med hypertoni som har LDL <2,6	25,3%	22-01-25	35%	32,8%	medrave	23-01-03
Indikator 4	Andel patienter med hypertoni och GFR<60 som behandlas med statin	25,4%	22-01-25	50%	46,7%	medrave	23-01-03
Indikator 5	Andel män, 55+ med hypertoni och LDL >3,0 som får statinbehandling	18%	22-01-25	33%	27,6%	medrave	23-01-03

Övriga kommentarer:

Under året har sökordet Kardiovaskulär riskfakt använts 114 gånger (exklusive PDL-spärrade journaler)

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- 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?
- 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 har lärt oss varför vi ska erbjuda vissa patienter primärprevention med statiner och vi har lärt oss att använda verktyg för att göra en riskvärdering kring vilka patienter det är som ska erbjudas detta. Vi har också fått lära oss att kommunicera kring risker med patienter och den utmaning det kan utgöra. Samt att vi fått undersöka vissa av de föreställningar som finns om statiner hos både vårdpersonal och patienter. Få läkemedel har ju haft så dåligt rykte som Simvastatin. Vi har också lärt oss att det går utmärkt att titrera statiner i teamen på olika sätt och att distriktssköterskan/sjuksköterskan kan utföra en stor del av det titrerandet.

Som ST-läkare som gjort kvalitetsarbete för första gången har jag också fått lära mig mer om Medrave och hela den mängd av information som varje patientbesök genererar och hur den kan användas för utveckling och uppföljning av verksamheten. På en liten enhet som vår med korta beslutsvägar har det varit lärorikt att se hur förbättringsförslag genast kunnat implementeras i verksamheten och att en förändring därefter ganska snart kunnat följas via

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sjöstadsdoktorn	
Verksamhetschef Susanne Barenius	Aktnummer (ifylles av HSF)

medrave. Men det blir också uppenbart hur svårt det är att följa en verklig förändring. Eftersom varje statininsättning har föregåtts av en individuell riskvärdering i vilken alla parametrar inte har ett enkelt sökord att följa via medrave blir uppföljningsmått trubbiga. Detsamma gäller vilka indikatorer som man ska sätta som mål vid uppföljning i detta kvalitetsarbete. I hela gruppen hypertoni-patienter ser vi att vi ökat förskrivningen av statiner under året och blivit bättre på att följa LDL. Men när vi bryter ner siffrorna blir det uppenbart att många patienter fortsatt inte når sitt individuella LDL-mål (ett flertal når inte ens det högsta LDL-målet på 2,6). Uppenbart finns det all anledning att jobba vidare med fokus på primärprevention med statiner hos våra hypertoni-patienter.

2. Vi har upplevt att patienten ofta haft mycket frågor om biverkningar med statiner, kanske oftare än vid andra läkemedel, sannolikt pga det rykte som statiner har. Genom denna spaning har vi lärt oss att följsamheten till ordinationen blir bättre genom att göra patienten delaktig i den riskvärdering vi gör och att hen ser vad vi grundar våra behandlingsrekommendationer på. Vi har åter blivit varse hur svårt risk-begreppet kan vara och hur tydlig man måste vara när man kommunicerar kring risk. Det har också varit spännande att få hjälpa patienter att ifrågasätta den (ofta negativa) bild de har av statiner. Ofta har man kunnat inleda en diskussion kring LDL-mål och risk vid årskontrollen som resulterat i en rekommendation kring livsstilsförändring. Patienterna har erbjudits omkontroll av blodfetter efter 2-3 månader av livsstilsförändring och i de fall där detta ej lett till nog minskat LDL har det i många fall lett fram till en konstruktiv diskussion kring risk och eventuell statininsättning. Vi har också lärt oss att våra patienter ofta föredragit att börja statiner i en låg dos och att detta också många gånger räckt för att nå målvärdet. Vi har lärt oss att tydligt kommunicera vilket målvärde vi strävar mot och att syftet är riskreduktion.

3. Vi avser fortsätta arbeta med nuvarande riskvärderingsinstrument även detta år för att vidmakthålla det arbete vi påbörjat och då detta är en tydlig modell för att illustrera riskfaktorer för patienter. Vi kommer ha kvar sökordet Kardiovaskulära riskfakt i årskontrollen som påminnelse att erbjuda samtliga patienter med hypertoni en individuell riskvärdering avseende kardiovaskulär risk och som hjälp för uppföljning. Vi kommer också att fokusera mer på att säkerställa att de specifika grupper som bedöms ha hög kardiovaskulär risk, till exempel patienter >50 år med GFR<60 ska erbjudas statin som primärprevention. Så småningom planerar vi att byta riskvärderingsinstrument till det mest uppdaterade och inför det viga ytterligare läkarmöten till att sätta oss in i för och nackdelar med dessa.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan
forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se