

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes och kolesterol*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Capio vårdcentral tyresö strand	
Verksamhetschef Linda Roos Murphy	Verksamhetschefens e-post Linda.roosmurphy@capio.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Matilda Öhman
Profession: Distriktssköterska
E-post: Matilda.ohman@capio.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Camilla Aresén, DSK B: Karolina Frisk, Läkare C: Linda Roos Murphy, SSK samt verksamhetschef

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

B: Uppföljningar via telefon vid provsvar samt efter insättning av eventuell medicin.

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>

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

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Antalet listade patienter med diabetes typ 2 och nyupptäckt diabetes ökar hos oss. Enligt medRAVE har vi idag 79 patienter med diabetes typ 2. Av dessa patienter så har 25 stycken (31%) ett LDL-kolesterol över 2,5 mmol/l oavsett kolesterolsänkande behandling eller ej.

Enligt Viss.nu bör patienter med diabetes typ 2 ha ett LDL på under 2,5 mmol/l för att minska risken för kardiovaskulär händelse (hjärtinfarkt eller stroke).

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.

Diabetes och kolesterol

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vi vill sänka LDL-kolesterolen hos våra patienter med diabetes typ 2 för att minska risken för kardiovaskulär händelse, oavsett ålder. Förbättringen planeras att ske här via vårdcentralen i samarbete mellan diabetessköterska, sjuksköterska, distriktssköterska och läkare.

Vår plan är att påbörja förbättringsarbetet den 1/1-24 och avsluta den 1/1-25.

Eftersom vi är en relativt liten vårdcentral kommer vi att arbeta med hela patientgruppen oavsett ålder som är listade hos oss. Detta förbättringsarbete är viktigt för att minska risken för kardiovaskulär händelse för våra patienter med diabetes typ 2.

Vårt delmål är att 100% av dessa 25 patienter ska ha informerats via telefon/brev om förbättringsarbetet och erbjudas ny provtagning för kolesterol om den senaste provtagningen skedde för mer än 8 veckor sedan. Detta delmål ska vara genomfört innan den 1/4 -24. Delmålet gäller också att de patienter som önskar provtagning ska ha genomfört den och informerats om svaret innan den 31/5 -24.

Vid eventuell insättning av läkemedel eller läkemedelsjustering ska nya uppföljande blodprover tas efter 3 månader.

Slutmålet är att 68% av dessa 25 patienter med LDL över 2,5 mmol/l efter behandling alternativt läkemedelsjustering ska ha ett LDL på under 2,5 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-forbattningstrappa/>

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: många nylistade patienter

1.1: Följa upp provsvar hos nya patienter
1.2:
1.3:

2: många patienter motvilliga till behandling

2.1: Informativa samtal gällande aktuellt läkemedel
2.2: Information om risker med högt kolesterol
2.3: Motiverande samtal

3:

3.1:
3.2:
3.3:

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-forbattningstrappa/>

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 snabbspirometri 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	Nuläge = Startläge	Datum för startläge	Mål	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med DM typ 2 och LDL >2,5 mmol/l.	25 patienter (31%)	1/4 -24	20 %	Medr ave	Dec 2024
Indikator 2	Andel patienter med typ 2 diabetes som behandlas med statiner.	43 patienter (56,5%)	1/4 -24	66,5%	Medr ave	Dec 2024
Indikator 3						T.ex. dec 2024
Indikator 4						T.ex. dec 2024
Indikator 5						T.ex. dec 2024
Kommentar (valfritt):						
<p><i>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 fikorummet, det kan ge ett ökat engagemang.</i></p>						
Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)						
<p>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/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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? 						
<p><i>Alla patienter ska kontaktas via chatt/brev/telefon av DSK Matilda där de informeras om förbättringsarbetet, deras tidigare provsvar samt information om ny provtagning.</i></p> <p><i>Efter provtagning kontaktas patienterna åter löpande vartefter provsvar kommer in. Då görs en ny bedömning av insättning av läkemedel alternativt justering av dos.</i></p> <p><i>3 månader efter justering av dos alternativt insättning av kolesterolsänkande läkemedel kontaktas patienterna åter via chatt/telefon/brev för uppföljande provtagning.</i></p>						
Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.						
<p>Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som en bilaga (ej länk) i WORDFORMAT namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</p>						

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. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi började med att skriva ut listor på alla patienter med DM 2 i MedRave, kontrollera när senaste kolesterolprov togs, vilka som behandlades med kolesterolsänkande läkemedel samt LDL-värdet. Där markerades de patienter som var aktuella för förbättringsarbetet.

Efter det gick journalanteckningar igenom från senaste årliga besöket till läkare (vilket kolesterol kontrolleras inför) där samtliga patienter utan behandling erbjudits behandling och fått information om risk för hjärt- och kärlhändelse.

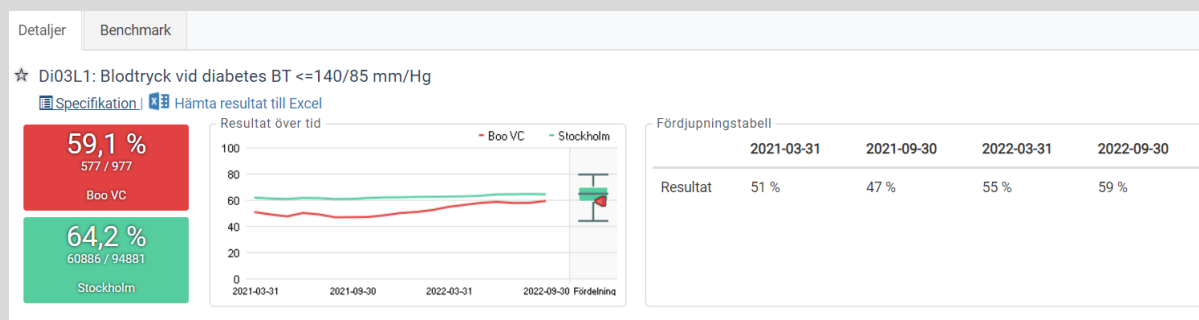
Alla patienter med LDL >2,5 mmol/l kontaktades under en månads tid och fick information om förbättringsarbete. Patienter där det gått mer än 6 månader efter senaste provtagning bads komma till oss för ny provtagning och provtagningsremiss lades in. Efter provsvar kontaktades patienten åter (om LDL >2,5) via telefon eller chatt och fick erbjudande om behandling i samråd med läkare samt efterföljande provtagning efter 3 månader. De patienter som inte uppnått målet kontaktades åter via telefon eller chatt för dosökning i samråd med läkare (nytt prov efter 3 månader).

25 patienter (av 79) hade ett LDL >2,5 mmol/l innan förbättringsarbetet påbörjades. 10 av dessa avböjde behandling pga rädsla för biverkningar. 6 patienter utan behandling sattes in på statinbehandling och 4 patienter ökade sin dåvarande dosering. Alla dessa 10 patienter nådde förbättringsarbetets mål.

Ytterligare 3 patienter dosökade men uteblev från efterföljande provtagning trots påminnelse via brev.

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/l	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med DM typ 2 och LDL >2,5 mmol/l.	31% (25 st)	1/4 -24	10% (8 st)	19% (15 st)	TC + Med-rave	Dec -24
Indikator 2	Andel patienter med typ 2 diabetes som behandlas med statiner.	56,5% (43 st)	1/4 -24	66% (52 st)	67% (53 st)	TC + Med-rave	Dec -24
Indikator 3							T.ex. dec 2024
Indikator 4							T.ex. dec 2024
Indikator 5							T.ex. dec 2024
Övriga kommentarer:							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
Hur stort motståndet är mot statinbehandling.							
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?							
Patienterna har varit mycket delaktiga i förbättringsarbetet. Diskussioner har skett med patienterna vid besök, via telefon och via chatt. Patienterna har fått ställa frågor och även fått information om							

läkemedelsbehandling, eventuella biverkningar samt riskerna med DM typ 2 tillsammans med högt LDL.

Alla patienter med diagnos DM typ 2 i april –24 (79 st) har fått löpande information om provresultat både när de träffat läkare för årligt besök samt av DSK för fotstatus. I många fall har blodfetter även kontrollerats inför årligt besök hos DSK (annars bara HbA1c inför dessa besök) för att kunna delta i förbättringsarbetet.

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.

Efter förbättringsarbetet var påbörjat så sänktes den rekommenderade gränsen för LDL hos patienter med DM typ 2 från 2,5 mmol/l till 1,8 mmol/l (för patienter >50 år eller samtidig hypertoni enligt VISS.nu).

Planen framöver är att fortsätta vid varje årligt besök till DSK samt läkare (totalt 2 ggr/år) hålla informationen levande och arbeta med de nya rekommendationerna enligt VISS. Fortsätta samtal kring riskfaktorer för hjärt- och kärlhändelse samt motivera patienter till ytterligare sänkning av LDL enligt riskgraderna “mycket hög risk, hög risk samt måttlig risk” som finns på VISS under följande länk: [Hyperlipidemi - Viss.nu](#)

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. ”Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2” och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. ”Boo VC Bilaga 1”). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.