

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Lipidstatus hos patienter med DM typ 2

### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Fridhemsplans Vårdcentral

Verksamhetschef  
Emma Lindh

Verksamhetschefens e-post  
emma.lindh@doktor.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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2024**, **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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2025** **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](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

**Radera EJ text i grå fält.**

## DEL 1 – Planen

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

Namn: Kari Koita-Piot

Profession: Specialist Allmänmedicin

E-post: kari.koita@doktor.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 med namn och deras professioner

A:

Kari Koita-Piot, spec Allmänmedicin

Johannes Askeljung, ST-läkare  
Moa Minell, läkarsekreterare

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

B: Dela ut information och diskutera patientens farhågor, dela ut Hjärtlungfondens skrift om Kolesterol.

### **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?**

*Fridhemsplans Vårdcentral har 241 patienter med diabetes mellitus typ 2. Av dessa finns aktuella lipidvärden hos 80%, men aktuella LDL hos 77% (185 patienter) för perioden 230101-240101. Av dessa har 138 stycken behandling med statiner, men endast 89 stycken uppfyller målvärden för behandling (LDL <2,6) vilket tyder på att en del av patienterna är underbehandlade. 24 patienter har otillräcklig behandling (uppfyller inte målvärde) och för 25 patienter saknas aktuella lipidvärden.*

*103 patienter saknar behandling, av dessa saknas värden hos 31 patienter, 27 patienter ligger utanför målvärde och 45 patienter ligger inom målvärde utan behandling.*

*Detta tyder på att en del av våra patienter är underbehandlade avseende sina lipider. Vi behöver säkerställa att vi fångar upp patienter i behov av lipidbehandling, att de får behandling och att vi följer upp med årliga kontroller.*

### **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.

Lipidbehandling hos patienter med Diabetes Mellitus 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/verktygslada-forbattningstrappa/>

#### Formulera här era mål:

Patienten med diabetes mellitus typ 2 och förhöjda lipider har signifikant högre risk för hjärt-kärlsjukdom, statinbehandling har visat minska risken för hjärt-kärlkomplikation varför det är viktigt att dessa patienter erbjuds behandling.

Vi vill förbättra statinbehandling hos patienter med typ 2 diabetes. Dels säkerställa att de som har statinbehandling uppfyller målvärde, dels sätta in behandling hos patienter som saknar statinbehandling men lämnat avvikande prover.

Ökad kunskap hos patienter om orsak till statinbehandling. Ökad kunskap hos personalgruppen, framförallt läkarna och diabetessköterskor, om behandlingsrekommendationer och målvärden, enligt VISS.nu och Kloka Listan.

#### 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: Otillräcklig kunskap hos läkare om behandlingsmål

1.1: Information om behandlingsmål  
1.2: Information om resultat hos egna listade pat. Till varje enskild läkare.  
1.3: Riskbedömning med hjälp av NDR riskmotor vid årskontroller

2: Otillräckligt underlag/provtagning

2.1: Kontroll lipider hos alla pat med DM typ 2  
2.2:  
2.3:

3: Otillräcklig kunskap hos övrig personal om vikt om beh.

3.1: Föreläsning för personalgruppen  
3.2: Genomgång av rutiner med diabetessköterskor, remiss till dietist vid behov.  
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 ”balansrande 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel pat med DM typ2 där man kontrollerat lipidstatus under året</i>	77%	240101	85%	Medr ave	<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med DM typ 2 som behandlas med statiner</i>	56%	240101		Medr ave	<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med DM typ 2 med LDL &lt;1,8</i>	30%	240101	35%	Medr ave	<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienten med DM typ 2 med LDL kolesterol &lt; 2,6 mmol/L</i>	60%	240101	65%	Medr ave	<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 5</b>	<i>Minska antalet DM typ 2 patienter med LDL &gt;2,9</i>	13%	240101	6%	Medr ave	<i>T.ex. dec 2024</i>

**Kommentar (valfritt):**

*Olika målvärde LDL beroende på svårighetsgrad av DM typ2.*

*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.*

**Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)**

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-forbattringstrappa/>

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 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?

*Följ indikatorerna 1ggr/månad för att kunna sätta in åtgärder om det inte sker en förbättring. Spara data i excel-ark. Föreläsning på APT och Läkarmöte.*

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

**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](mailto:forbattningsarbeten.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. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har satt som rutin att kontrollera lipidstatus hos alla diabetiker i samband med årskontroll, och att diskutera insättning av statinbehandling där det behövs. Utöver det har vi använt Medrave för att fånga upp de patienter som inte lämnat prover, t.ex. de som uteblivit från besök. Återkoppling till dessa patienter per brev eller telefon med uppmaning att lämna prover.

Skriftlig information till patienter. Broschyrer beställts hem från hjärt och lungfonden. Dessa har funnits tillgängliga för alla i väntrummet men även i undersökningsrummen så de kunnat erbjudas till tveksamma patienter. De har varit mycket uppskattade hos patienterna och varit bra komplement till den muntliga informationen.

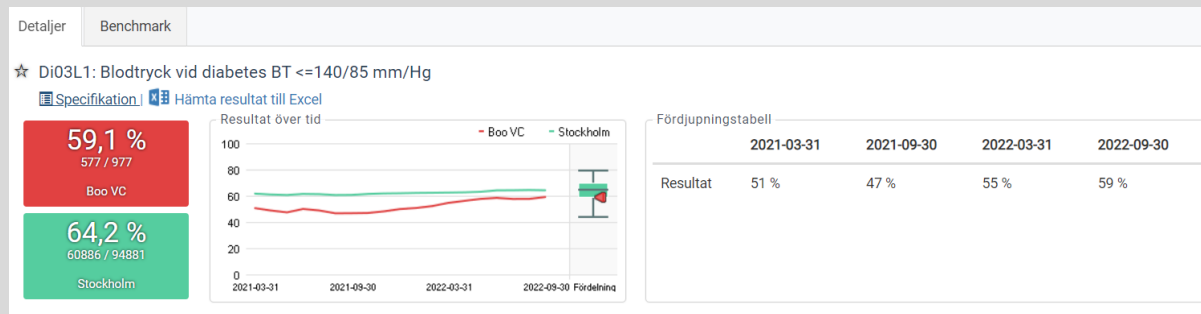
Information och föreläsning under läkarmöten om uppdaterade riktlinjer. Vi upplevde att det fanns viss otydlighet om aktuella målvärden.

Givit skriftlig återkoppling till varje läkare om aktuella LDL-värden utifrån Medrave hos sina diabetiker för översyn och åtgärd, två gånger under året (vår och höst). Läkarna har fått tid avsatt i schemat för detta.

### **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:



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel pat med DM typ2 där man kontrollerat lipidstatus under året	77%	240101	85%	90%		T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med DM typ 2 som behandlas med statiner	56%	240101		71%		T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med DM typ 2 med LDL <1,8	30%	240101	35%	32%		T.ex. dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Andel patienten med DM typ 2 med LDL kolesterol < 2,6 mmol/L	60%	240101	65%	67%		T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Minska antalet DM typ 2 patienter med LDL >2,9	13%	240101	6%	15%		T.ex. dec 2024

**Övriga kommentarer:**

*Indikator 1: Tydlig förbättring med rutiner som givit en signifikant ökning av antal provtagna patienter. Vi förväntar oss inte att nå 100%, då ett antal av våra patienter behandlas på extern diabetesmottagning. En del patienter är dessutom provtagna på andra enheter, och de värdena kommer inte upp i Medrave.*

*Indikator 2: Fin ökning av antal patienter som får statinbehandling.*

*Indikator 3: Liten ökning, uppnår inte målet. Fler patienter insatta på statin, med lågdos till en början, där vi inte hunnit justera upp dosen, vilket kan förklara att vi inte ökat antalet patienter med LDL <1,8. Ibland bristande compliance. Ett antal patienter är starka motståndare till statinbehandling.*

*Indikator 4: Uppnår målet.*

*Indikator 5: Ökat antal patienter med LDL >2,9. Detta beror troligen på att vi har provtagit fler patienter, och eftersom vi kontaktat de som uteblivit från årskontroll har vi fångat större andel av patienter som är mindre positiva till behandling med statin. Många har haft årskontroller under hösten och vi har hos dessa patienter inte hunnit följa upp resultat av behandling.*

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vikten av bra rutiner samt uppdaterade målvärden.

Stort motstånd hos många patienter mot statiner, rädsla för biverkningar. Vikten av nyanserad information och att börja med låga doser. Vi har även lärt oss att patienter många gånger behöver få tid för att få landa i givna rekommendationer.

Vi har också sett hur bra Medrave är som verktyg för att fånga upp patienter som missats, ooch bra för att följa resultat av givna behandling.

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?

*Vi har samtliga upplevt att det finns stort engagemang men även ett tydligt kunskapsglapp hos patienterna. Detta särskilt relaterat till biverkningar. Upprepade diskussioner vid patientbesök eller per telefon ger bra resultat. Vi har kunnat dela ut skriftlig opartisk information vilket har varit ett bra redskap för att förbättra motivation till behandling.*

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.

Bibehålla goda rutiner med årliga kontroller för blodfetter. Fortsatt kontroll av resultat i Medrave årligen för att följa upp. Fortsätta dela ut patientbroschyrer. Trappa upp insatt behandling. Uppmaningen är framför allt att motivera patienterna till behandling.

**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](mailto: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.