

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Nytorgetts vårdcentral	
Verksamhetschef Lena Jonsson	Verksamhetschefens e-post lena.e.jonsson@primavard.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 del1 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: Soren Afshar
Profession: ST-läkare i allmänmedicin
E-post: soren.afshar@primavard.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 sidosjukvård, 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: Lena Jonsson, verksamhetschef, BMA. Håkan Danielsson, specialist i allmänmedicin, MLA. Mujda Anwar, ST-läkare i allmänmedicin. Helene Brunnling, distriktsjuksköterska.

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

B: Frågelåda för diabetespatienter: har läkare tidigare lyft frågan om att bemöta blodfetter och om de är medvetna om de kardiovaskulära riskerna vid obehandlade höga blodfetter; kort fråga i mån av tid under årskontroller om hur mycket patienter vet om blodfetter och behandling därav vid diabetes och hur patienten ställer sig till det.

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?

Vid en granskning av PrimärvårdsKvalitet (PVQ) i Medrave M4 noterar vi att under de senaste 18 månaderna har endast 63,4% av de listade patienterna med diabetes typ 2 på vår vårdcentral förskrivits eller ordinerats statiner. Detta värde ligger något under genomsnittet i regionen (66,9%) samt det nationella genomsnittet (68%), vilket indikerar ett potentiellt förbättringsområde för vår enhet. Samtidigt såg vi att endast 57% (206/359) av patienter med diabetes typ 2 låg under målvärde 2,6 för LDL under samma period, trots att riktlinjerna förordar att alla patienter med diabetes typ 2 ska ligga under detta värde.

För att bättre förstå den kliniska kontexten kring denna observation, är det viktigt att betrakta den bakomliggande risken för patienterna. Diabetes, som en av de mest förekommande kroniska sjukdomarna, ökar risken för allvarliga komplikationer, inklusive hjärt-kärlsjukdomar. En betydande del av den ökade risken kan minskas genom effektiv behandling med lipidsänkande medel, som statiner.

Diabeteskomplikationer utgör en betydande börda för samhället och individerna som drabbas. Dessa inkluderar nervskador, njurskador, synproblem och hjärt-kärlsjukdomar. För att minska risken för dessa komplikationer är det avgörande att hantera de underliggande riskfaktorerna, såsom högt blodglukos och högt blodtryck, vilket kan uppnås genom en kombination av läkemedelsbehandling och livsstilsförändringar.

Det är viktigt att betona att lipidsänkande behandling är en viktig del av den övergripande strategin för att minska risken för hjärt-kärlsjukdomar hos patienter med diabetes. Enligt nationella riktlinjer

är lipidsänkande behandling vanligtvis indicerad för de flesta patienter med diabetes, med tanke på den betydande risken för hjärt-kärlkomplikationer i denna population, vilket indikerar att betydligt större andel borde behandlas än vad som framgår av nationella genomsnittet.

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 statinbehandling

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:

Vi strävar efter att säkerställa att en betydande andel av våra patienter med diabetes typ 2 får ordinerad eller förskrivna lipidsänkande behandling, särskilt de som har en hög eller mycket hög risk för hjärt-kärlsjukdomar enligt nationella riktlinjer. Vårt mål är att inom de kommande 18 månaderna öka andelen patienter med diabetes typ 2 som förskrivs/ordineras statiner från det nuvarande värdet på 63,4 procent till minst 80 procent och att minst 80 procent ligger under 2,6 i LDL.

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: Kunskapsbrist

1.1: Utbildning
1.2: Tydliga rutiner
1.3: Uppföljning

2: Kommunikationsproblem

2.1: Individanpassad stöd
2.2:
2.3:

3: Resursbegränsningar

3.1: Resursallokering
3.2: Processförbättringar
3.3: Samarbete med diabetessjuksköterska

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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med diabetes (typ 2) som behandlas med statiner under de senaste 18 månaderna</i>	63,5 % (207/326)	2024-02-14	80	Medrave	2025 augusti
Indikator 2	<i>Andel patienter (med diabetes typ 2) med LDL-kolesterol under 2,6 under de senaste 18 månaderna</i>	57% (206/359)	2024-02-23	80	Medrave	2025 augusti
Indikator 3						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2024</i>

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 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/verktugslada-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?

Planera:

- Utse ansvariga för att genomföra testningen av idéerna för att öka förskrivningen av statiner till patienter med diabetes.
- Skapa en tydlig tidsplan för varje steg i testprocessen, inklusive utbildningsinsatser, rutinutveckling och uppföljningsstrategier.
- Definiera mål och delmål för varje testfas, inklusive önskad ökning i förskrivningsgraden under varje fas.
- Identifiera resurser såsom tid, personal och utbildningsmaterial, samt eventuella hinder som kunskapsbrist eller motstånd bland vårdpersonalen.

Göra:

- Följ den upprättade planen och genomför de planerade aktiviteterna enligt tidsplanen, såsom utbildningssessioner och utveckling av nya rutiner för förskrivning och utvärdering av behandlingseffekt i LDL.
- Dokumentera eventuella avvikelser från planen och analysera orsakerna till dem för att kunna göra nödvändiga justeringar.
- Utvärdera vilka åtgärder som har fungerat väl och vilka som behöver justeras för att öka förskrivningsgraden.

Studera:

- Utvärdera resultatet av de genomförda aktiviteterna och jämför med det önskade målet i förskrivningsgrad och målvärde LDL för patienterna.
- Analysera eventuella positiva eller negativa bieffekter av testningen, såsom ökad medvetenhet eller eventuellt motstånd från patienter.
- Dra slutsatser om effektiviteten och genomförbarheten av de testade idéerna för att uppnå målet.

Agera:

- Besluta om eventuella ändringar eller justeringar som behöver göras baserat på utvärderingen, till exempel ökad utbildning eller förbättrad kommunikation kring fördelarna med statiner.
- Bestäm om ytterligare åtgärder behövs för att nå önskad förskrivningsgrad och målvärde, såsom uppföljningsstrategier eller förstärkt stöd till vårdpersonalen.
- Fortsätt att följa PGSA-hjulet genom att iterera över planera, göra, studera och agera-stegen för att kontinuerligt förbättra och optimera förskrivningsprocessen av statiner till patienter med diabetes.

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

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

Jag (Soren) har agerat ansvarig för projektet. Vi har på flera gemensamma möten uppmuntrat alla läkare och diabetessköterskor att vid varje diabeteskontroll kort ta upp vikten av statinbehandling. När varje läkare/sköterska träffar en patient med diabetes genomförs vid behov en kort edukativ "intervention" där riskerna för kardiovaskulära händelser vid diabetes förklaras och vikten av att kontrollera blodfetter och eventuellt behov av statiner för att nå målvärde lyfts fram. Syftet har varit att öka allmän kunskap om vikten av att hålla LDL-nivåer under 2,6 – oavsett om det är med statiner eller konservativt, särskilt om LDL-värdet varit förhöjt vid tidigare tillfälle.

När vi träffat patienter, framför allt de som är tveksamma till läkemedel, har vi erbjudit möjlighet till ett kort samtal för att svara på frågor om diabetes och dess risker för hjärt-kärl genom blodfetterna. Det har handlat om att bemöta oro och förklara hur behandlingen kan anpassas efter individens behov och eventuella biverkningar.

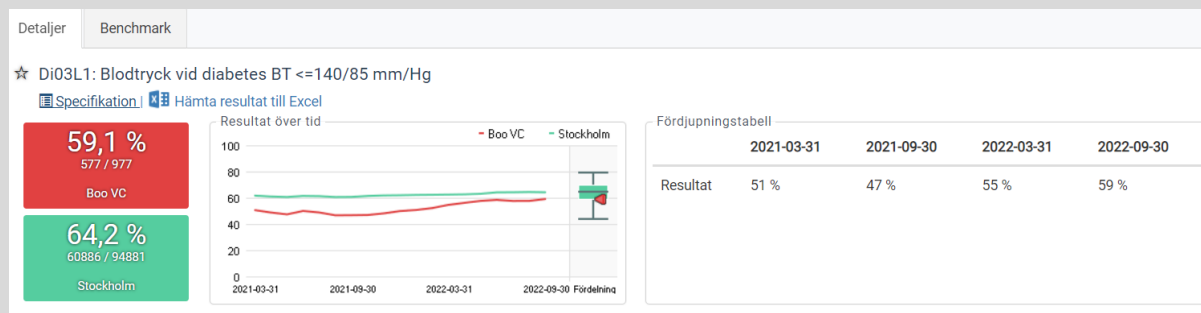
Vid alla besök ger vi råd om kost och motion i samband med att vi pratar om blodfetter, för att koppla ihop läkemedelsbehandling med livsstilsfaktorer.

Vi diskuterar att eventuellt avsätta mer tid för utbildning eller fördjupad uppföljning under aktuellt verksamhetsår, men beslut är ännu inte taget.

Vi har justerat journalmallen för diabetesårskontroller så att man kan ange målvärde för LDL. Detta ska göra det lättare att följa upp behandlingen.

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 startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diabetes (typ 2) som behandlas med statiner under de senaste 18 månaderna	63,5 % (207/326)	2024-02-14	80	70,3 % (239/340)	Medrave	2025-01-14

Indikator 2	Andel patienter (med diabetes typ 2) med LDL-kolesterol under 2,6 under de senaste 18 månaderna	57% (206/359)	2024-02-23	80	59 % (227/382)	Medr ave	2025-01-14
Indikator 3							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2024</i>

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Ambitionen för förbättringsarbete var nog för hög i del 1. Det är lättare att börja med små, konkreta åtgärder (t.ex. muntlig information) än att samtidigt införa större, mer komplicerade förändringar. Arbetet har visat att tid och resurser för mer omfattande projektplanering ofta är en bristvara. Att prata om förbättringsområdet återkommande på gemensamma möten och i diabetesteamet har dock varit en effektiv och ekonomisk strategi som hjälpt oss att medvetandegöra och ständigt aktualisera lipidbehandling. Men i fortsättningen kan det vara av värde att göra småskaligt men realistiskt. Vi har i alla fall lyckats öka andelen som behandlas med statiner och det finns en trend också mot LDL-värde under 2,6 – och vi har ett halvår på oss att jobba ytterligare mot målet på 80 procent.

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 i liten utsträckning frågat patienter (i samband med deras besök) om vad de vet om statiner och eventuella tidigare erfarenheter eller oro kring biverkningar. Det har hjälpt oss att inse att flera patienter ofta överskattar risken för biverkningar (främst muskelvärk), tror att statiner ger andra biverkningar (såsom viktuppgång) eller har bildat sig en bestämd uppfattning om statiner från internet och forum. De är osäkra på varför just statiner är viktiga för dem. Genom att lyfta LDL-värden på samma nivå som socker, HbA1c och blodtryck, så kan patienterna förhoppningsvis bättre förstå hur dessa faktorer hänger ihop med risken för hjärt-kärlsjukdomar. Genom att bemöta deras farhågor och missinformation hjälper vi dem att fatta ett grundat ställningstagande till behandlingen. På så sätt försöker vi öka patienternas delaktighet genom att de får mer kunskap och känner sig mer engagerade i behandlingsbesluten.

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 kommer att fortsätta uppmuntra att alla läkare och sköterskor kort nämner statinbehandlingens fördelar när de träffar en patient med diabetes typ 2, fånga upp farhågor och föreställningar kring behandlingen och i allmänhet tala om blodfetter, livsstilsfaktorer och hur det inverkar på hjärt-kärlrisken.

Vi överväger att ta fram (eller beställa) ett kortfattat patientbroschyr om blodfetter och diabetes för att komplettera den muntliga informationen. Vi kommer i augusti att följa upp om förskrivningsgraden ökar och om andelen patienter med LDL under 2,6 förbättras.

Vi räknar med att dessa steg, även om de är små, på sikt ska kunna bidra till att fler patienter med diabetes typ 2 behandlas med statiner och att deras LDL-nivåer sänks. Vår förhoppning är att fortsätta förfina och utveckla arbetssättet efter hand som vi får mer tid och resurser.

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.