

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Lipidsänkande behandling vid DM typ 2

### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn  
Capio Vårdcentral Hagsätra

Verksamhetschef  
Susanne Söderhielm Blid

Verksamhetschefens e-post  
Susanne.blid@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 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: Susanne Söderhielm Blid

Profession: Verksamhetschef, distriktssköterska

E-post: Susanne.blid@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 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Elena Petrova. Spec allmänmedicin, MAL, Linnea Bång DSK, Elisabet Duggin ssk diab.

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

B: Livsstilsråd och kostråd med ssk  
Sätta LDL-mål tillsammans med patienten  
Vid insatt behandling uppföljning av följsamhet, biverkningar etc

### **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?**

*Enligt PrimärvårdsKvalitet ser vi att vi sedan 2022 har fler patienter med DM typ 2 som fått lipidsänkande behandling. Vi ligger dock på ett värde på 58,6% att jämföra med Region Stockholm som ligger på 66,9%. Detta innebär att våra patienter i detta avseende är underbehandlade. Enligt VISS ska alla patienter med denna diagnos kontrollera lipidstatus. Alla patienter med LDL*

*>2,6 ska erbjudas lipidsänkande behandling.*

*För att kunna kartlägga denna förskrivning tar vi hjälp av MedRAVE. Vi tittar på perioden 230101-231231.*

*Totalt antal patienter med DM typ 2 är 609 st. Vi har valt att titta på LDL och ser att 39% (218 pat) har LDL < 2,6.*

*8% (45 pat) har LDL mellan 2,6 och 2,9.*

*17% (92 pat) har LDL >2,9.*

*36% (199 pat) har ej kontrollerat LDL under denna period.*

*Vi vill ge våra patienter den vård de har rätt till enligt aktuella riktlinjer.*

### **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.

Kontroll av LDL och optimering av lipidsänkande behandling vid DM 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/verktyslada-forbattningstrappa/>

**Formulera här era mål:**

**Alla våra patienter med DM typ 2 med LDL>2,6 ska erbjudas lipidsänkande behandling enligt gällande riktlinjer.**

#### 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/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Motstånd till behandling pga patientens oro för biverkningar

1.1: Patientundervisning/information  
1.2: Livsstilsåtgärder  
1.3: Låg vid insättning

2: Dålig följsamhet till riktlinjerna

2.1: Utbildning för all personal  
2.2: Diskussion på kategorimöten  
2.3:

3: Missade årskontroller med provtagning

3.1: Kalla alla patienter som ej varit på årskontroll  
3.2: Provtagning i samband med årskontroll  
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/verktyslada-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 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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå
--	---------------	------------------------------------	------------------	---------------------	------------------------	---------------------

			start- läge			mål- värdet
<b>Indikator 1</b>	Andel pat som ej kontrollerat LDL	36%	231231	10%	Med rave	241231
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med LDL mellan 2,6 och 2,9	8%	231231	4%	Med rave	241231
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med LDL>2,9	17%	231231	8%	Med Rave	241231
<b>Indikator 4</b>						T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>						T.ex. dec 2024

**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/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 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?

*Planering: All personal informerad av MAL om utgångsläget och våra mål 20240221.*

**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



Övriga kommentarer:

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att arbeta med denna patientkategori är inte lätt. Vi behöver boka in fler uppföljningstider för att befästa livsstilsförändringar och läkemedelsbehandling.  
Våra resultat blev inte som förväntat oss. Orsaker kan vara: Hög ålder som kontraindicerar behandling. Många nylistade som ej uppnår målen. Många som absolut motsätter sig behandling. Vi ser att andelen pat som ligger över 2,9 har minskat.  
Vi ser att vi kontrollerat LDL på fler patienter vilket påverkar siffrorna i båda riktningar.  
Vi har blivit mer medvetna om vikten av pedagogisk rådgivning.

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?

*Vid varje möte med enskild patient lyfter vi vikten av att behandla höga blodfetter. Vi upplever att det är svårt att motivera patienterna att påbörja läkemedelsbehandling. Många patienter tar del av negativ information om statiner via sociala medier och tidskrifter.*

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 fortsätter på vårt inledda spår och att arbeta med kontrollistor. Vi inser att detta förändringsarbete kräver stora pedagogiska insatser från vår sida. Vi påminner varandra om vikten att arbeta intensivt med frågan.  
All ny personal ska kunna hantera motiverande samtalsmetoden.  
Vårt nya diabetesteam uppmanas fortsätta med utbildning och uppföljning för all personal.

**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.