

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA:

Lipidsänkande behandling vid hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Familjeläkarna Vaxholm	
Verksamhetschef Nadia Devletyan	Verksamhetschefens e-post nadia.devletyan@famlak.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: Pia Ferlander
Profession: ST-Läkare
E-post: pia.ferlander@famlak.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>
Wlodzimierz Knapik - Specialist i Allmänmedicin Anna Ekstrand Björkquist - Specialist i Allmänmedicin Nadia Devletyan - Verksamhetschef

Sofia Hellman – Specialist i Allmänmedicin
Viktoria Ekenberg – Enhetschef

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

Att i samband med årskontroller efterfråga hur pass informerade patienter känner sig avseende risker med höga LDL-värden och värdet med lipidsänkande behandling. Diskutera dessa svar gemensamt i läkargruppen för att se om det också är något vi kan bli bättre på, som kan ha positiv påverkan på resultatet.

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?

Vi har idag på Familjeläkarna Vaxholm 1327 patienter med diagnosen Essentiell Hypertoni enligt Medrave. Av dessa är det enbart ca 40 % som står på lipidsänkande behandling, att jämföra med 60% hos våra patienter med Diabetes typ 2. Just nu provtas på vårdcentralen rutinmässigt enbart totalkolesterol vid årskontroller för patienter med hypertoni medan fullt lipidstatus tas för diabetespatienterna. Nya målvärden enligt Viss samt SCORE2 utgår dock för hypertoni-patienter från LDL och non-HDL respektive. Vi vill därför lägga till fullt lipidstatus vid årskontroller och se om det kan bidra till större andel patienter med behandling av de som rekommenderas enligt kriterierna.

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.

Hyperlipidemi vid hypertoni

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:

Minska risken för hjärt/kärl- relaterade händelser för vårdcentralens patienter med hypertoni

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: LDL provtas ej rutinmässigt

1.1: Lägga till lipidstatus i provpaket för årskontroll hypertoni
1.2: Skapa rutin för uppföljning av lipidstatus efter insatt behandling

2: Läkare följer ej riktlinjer för insättning av lipidsänkande behandling

2.1: Komma överens om en gemensam riktlinje i läkargruppen för insättning av lipidsänkande läkemedel

3: Vissa patienter har en negativ inställning till statiner

3.1: Utbilda personal i fördelar med behandling samt biverkningsprofil så att de kan;
3.2: informera patienter både via ssk och läk besök

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 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 "balanserande 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 start- läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med- rave)	Datum för att uppnå mål- värdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med HT med LDL <2,6</i>	14%	230301-231130	50%	Medrave	Nov 24
Indikator 2	<i>Andel patienter med HT där LDL tagits</i>	28%	230301-231130	70%	Medrave	Nov 24
Indikator 3	<i>Andel patienter med HT med lipidsänkande behandling</i>	39%	230301-231130	70%	Medrave	Nov 24

Kommentar (valfritt):

Vi har valt att fokusera på patienter under 80 år och planerar att genomföra vårt förändringsarbete 1mars-30november 2024 och jämföra med samma tidsperiod 2023.

Motsvarande värden hos diabetespatienterna var för indikator ett 34 %, för indikator två 57 % och för indikator tre 60% under samma period 2023.

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 som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni se dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Lägga till lipidstatus i provpaketet för årskontroll hypertoni. Genomgång med läkargruppen vid läkarmöte kring förändringen och komma fram till gemensam riktlinje för behandling. Kort information till övrig personal vid APT angående arbetet och kring information att lyfta med patienter vid årskontroller.

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: forbattringsarbeten.apc.slso@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

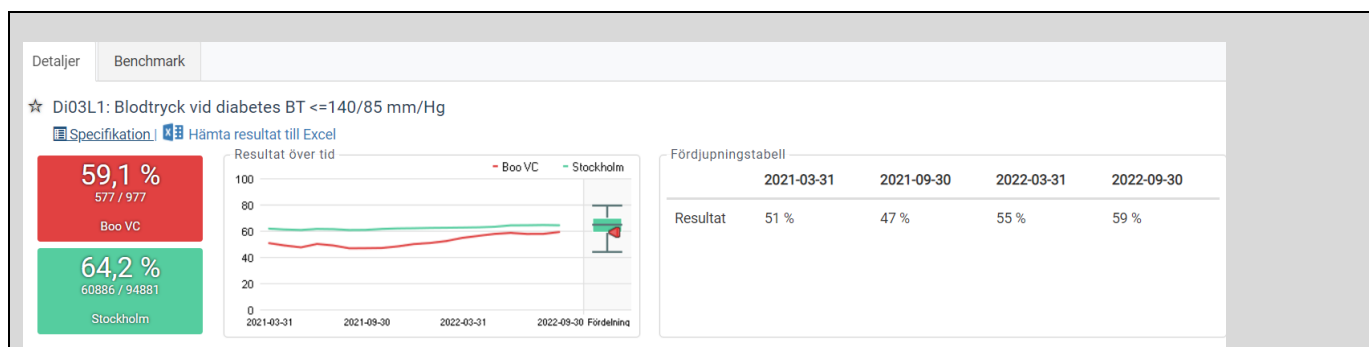
Som en del av vårt kvalitetsarbete infördes lipidstatus i det standardiserade provpaketet i TakeCare, som patienterna tar inför sina årskontroller. Detta infördes för att underlätta bedömningen av LDL och non-HDL, vilket i sin tur möjliggör en mer effektiv identifiering av patienter som kan vara aktuella för lipidsänkande behandling utifrån aktuella riktlinjer enligt VISS.nu och SCORE2. Denna förändring implementerades innan testperiodens start och har således inkluderats i samtliga årskontroller för patienter med hypertoni.

Inför testperioden informerade vi om den nya rutinen på ett läkarmöte. Vid detta tillfälle diskuterades även de senaste riktlinjerna för att säkerställa att alla läkare använde samma tillvägagångssätt i behandlingen av dessa patienter.

Planen var att ytterligare förstärka detta arbete genom att ta upp rutinen och riktlinjerna på ett arbetsplatsträff (APT). På grund av personalbortfall och inställda APT-möten under våren kunde detta dock inte genomföras som planerat.

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med HT med LDL <2,6	14%	230301-231130	50%	20%	Medrave	240301-241130
Indikator 2	Andel patienter med HT där LDL tagits	28%	230301-231130	70%	45%	Medrave	240301-241130
Indikator 3	Andel patienter med HT med lipidsänkande behandling	39%	230301-231130	70%	38%	Medrave	240301-241130

Övriga kommentarer:

Under det gångna året har vårdcentralen präglats av en hög personalomsättning inom läkargruppen, vilket inkluderat flera vikarierande läkare, och ST-läkare som varit ute på randning. Detta har inneburit att kontinuiteten i kvalitetsarbetet blivit lidande, då endast ett fåtal läkare som var insatta i arbetet från början kunde följa processen genom hela testperioden. Av de initialt ansvariga för kvalitetsinsatsen avslutade dessutom en sin tjänst och den andra har varit frånvarande på grund av randning, vilket lett till att upprepad information till läkargruppen uteblivit.

Den begränsade tillgången på läkare har också resulterat i att årskontroller till stor del uteblivit. Den viktigaste förändringen i årets arbete – att utvärdera lipidstatus i samband med årskontroller – kunde därför inte implementeras i tillräcklig utsträckning. Detta medförde att materialets omfattning blev begränsat och därmed saknade statistisk styrka.

Resultat och indikatorer:

Indikator 1: Andelen patienter med ett LDL <2,6 ökade med 6 % under testperioden. Även om detta resultat inte uppnådde våra förhoppningar måste det ses som positivt med tanke på de utmaningar vi mött under året.

Indikator 2: Vi förväntade oss en ökning i denna indikator genom att lipidstatus inkluderades i rutinprover vid årskontroller. Tyvärr nåddes inte målvärdet, vilket sannolikt beror på att antalet genomförda årskontroller varit för lågt för att ge tillräcklig effekt.

Indikator 3: För denna indikator kunde vi inte uppmäta någon förbättring, vilket indikerar en betydande förbättringspotential. Med en stabilare läkargrupp och möjlighet till regelbundna årskontroller framöver ser vi dock goda möjligheter att etablera en gemensam arbetslinje och därigenom förbättra resultatet över tid.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Arbetet med att förbättra lipidkontrollen hos våra patienter med essentiell hypertoni har gett flera insikter, både vad gäller framgångar och utmaningar:

- 1. Vi har lärt oss att personalstabilitet är avgörande för att kunna genomföra och följa upp förändringar i arbetssätt. På grund av hög personalomsättning och frånvaro av nyckelpersoner uteblev vissa planerade informationsinsatser, vilket påverkade hur väl de nya rutinerna implementerades. Kontinuerlig utbildning och förankring i personalgruppen är nödvändigt för att säkerställa att riktlinjer och rutiner följs.*
- 2. Införandet av lipidstatus i det standardiserade provpaketet har inneburit att fler patienter med hypertoni får en fullständig lipidprofil, vilket skapar bättre förutsättningar för att identifiera behandlingsbehov. Vi ser detta som en viktig grundsten för fortsatt förbättring av hjärt-kärlhälsa hos denna patientgrupp.*
- 3. Genom att diskutera och enas om en gemensam riktlinje för insättning av lipidsänkande behandling kan vi minska variationen i läkarnas beslut och förbättra behandlingsföljsamheten. Bristande kontinuitet i arbetet gjorde dock att dessa rutiner inte implementerades fullt ut under testperioden, vilket framöver kräver ett mer strukturerat arbetssätt och tätare uppföljning inom vårdteamet.*
- 4. Vi har också identifierat att många patienter är tveksamma till lipidsänkande behandling, exempelvis på grund av oro för biverkningar. För att öka behandlingsföljsamheten behövs en tydlig strategi för att informera och bemöta patienters frågor, både vid läkarbesök och genom stöd från sjuksköterskor.*
- 5. Slutligen har vi förstått att kvalitetsarbete av denna typ, särskilt när det rör livsstils- och behandlingsförändringar, kräver en längre tidshorisont för att kunna ge genomslag i indikatorerna. Med stabilare arbetsförhållanden och ett mer etablerat arbetssätt ser vi dock en stor potential för förbättringar framöver.*

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?

Under förbättringsarbetet har vi identifierat att patientens inställning till lipidsänkande behandling, exempelvis statiner, har stor betydelse för behandlingsföljsamheten. Vi har därför lyft behovet av att utbilda personalen kring statiners effekt och biverkningsprofil, för att möjliggöra bättre samtal med patienter om fördelarna med behandling. Även om detta inte implementerades fullt ut under testperioden, är det en viktig del av vår strategi framöver.

Vi har också strävat efter att göra patienterna mer delaktiga genom att använda deras provresultat (t.ex. LDL och non-HDL) som ett konkret diskussionsunderlag vid årskontroller. Detta har gett möjlighet till informerade samtal kring riskreduktion och behandling. Genom att lägga till lipidstatus i rutinproverna har vi skapat en struktur som gör det lättare att integrera patienternas hälsodata i vårdgivande dialoger.

Dock ser vi att patienternas delaktighet kan förbättras ytterligare genom mer proaktiva informationsinsatser. Framöver planerar vi att utveckla en strategi för detta och arbeta för att inkludera både läkare och sjuksköterskor i det. Målet är att patienterna ska känna sig väl informerade och motiverade i sina behandlingsval.

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 ser en stor potential i att vidareutveckla arbetet kring lipidkontroll för våra hypertoni-patienter, även om årets testperiod visade på vissa organisatoriska utmaningar. Vår plan framåt inkluderar följande:

1. Vidmakthålla och stärka strukturella förändringar

Rutinen att inkludera lipidstatus i provpaketen för hypertoni-patienter kommer att behållas och förstärkas genom att säkerställa att denna åtgärd blir väl etablerad i vardagsarbetet. Vi avser också att utveckla rutiner för uppföljning av lipidvärden efter insatt behandling, så att behandlingen optimeras för varje patient.

2. Fortsätta utveckla och implementera gemensamma riktlinjer

För att minska variationen i behandlingsbeslut kommer vi att fortsätta med arbetet att ta fram en enhetlig riktlinje för insättning av lipidsänkande behandling, utgående från riktlinjer i Viss och baserat på SCORE2, och förankra detta i hela läkargruppen.

3. Öka patienternas delaktighet och utbilda personalen

För att förbättra patienternas inställning till behandling och öka följsamheten kommer vi att satsa på utbildning för både läkare och sjuksköterskor. Detta inkluderar fördjupad kunskap om fördelarna med lipidsänkande behandling och strategier för att kommunicera detta till patienterna på ett tydligt och individanpassat sätt.

4. Uppföljning och analys

Vi kommer att fortsätta mäta indikatorerna (LDL-kontroll, lipidstatus och andel patienter på behandling) för att följa utvecklingen. Resultaten kommer att analyseras regelbundet, och eventuella justeringar i arbetssättet kommer att göras utifrån dessa insikter.

På lång sikt är målet att minska risken för hjärt-kärlrelaterade händelser hos våra hypertoni-patienter genom att förbättra lipidkontrollen och behandlingsföljsamheten. Vi är övertygade om att mer stabila organisatoriska förutsättningar och ett förstärkt fokus på patientkommunikation kommer att leda till fortsatt förbättring inom detta område.

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.