

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Kardiovaskulär prevention med fokus på lipider/statiner

### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn  
Kungsholmsdoktorn

Verksamhetschef  
Karl-Patrik Jonsson

Verksamhetschefens e-post  
Karl-Patrik.Jonsson@kungsholmsdoktorn.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: Tobias Martinsson

Profession: ST-läkare

E-post: [t.martinsson@live.se](mailto:t.martinsson@live.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

Thomas Marmolin, allmänläkare  
Birgitta Wallander, distriktssjuksköterska

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

I arbetsgruppen har vi lyft våra erfarenheter från våra patientmöten med våra patienter med typ-2-diabetes. Vårt samlade intryck är att det finns ett behov av att diskutera/bemöta oro/frågor om biverkningar/nytta med statinbehandling samt livsstilssamtal för de patienter som är motiverade till detta.

### **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 statistik från år 2023 är andelen av våra listade patienter med typ-2-diabetes som står på statinbehandling 59%, vilket är lägre än genomsnittet i Stockholm. Detta trots att vår förskrivning av lipidsänkande medel har ökat de senaste fem åren.

Liknande trend syns även för patienter med ischemisk hjärtsjukdom.

Utifrån dessa data mynnar vår kartläggning ut i att det finns förbättringspotential i vårt arbete kring lipidsänkande behandling.

Särskilt intressant är att vi kan notera att ett förbättringsarbete med fokus på statinbehandling vid TIA/stroke gjordes 2021 med positivt resultat. I just den subkategorin ligger vi högre än genomsnittet i Stockholm när det gäller andel patienter med statinbehandling.

Vidare kommer vi kartlägga andelen av våra patienter med typ-2-diabetes som inte har statiner som haft ett livsstilssamtal med sjuksköterska under kalenderåret 2023 samt se om/hur vi kan arbeta för att höja andelen patienter som haft detta.

### **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.

Kardiovaskulär prevention hos patienter med typ-2-diabetes med fokus på statiner och levnadsvanor.

### 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:

En bättre livskvalité och minskad komorbiditet hos våra listade patienter med typ-2-diabetes. Mer specifikt vill vi 1) öka andelen av våra patienter med typ-2-diabetes som har en statinbehandling samt 2) öka andelen av våra patienter med typ-2-diabetes som har haft ett livsstilssamtal med sjuksköterska det senaste året.

#### 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: Läkarkår som i första hand uppmuntrar patienten att vidta egna livsstilsåtgärder för att uppnå en god hälsa.

1.1: Diskutera statinindikation på läkarmöten  
1.2: Gå igenom vilka av våra patienter med typ-2-diabetes som inte hämtat ut statiner det senaste året.

2: Att vi på Kungsholmsdokorn har ett generalistperspektiv och exempelvis inte har en specifik sjuksköterska som är inriktad på typ-2-diabetes.

2.1: Interkollegial diskussion för att se till att vi har en samsyn och ger samma, uppdaterade information gällande ex statinbehandling  
2.2: Se om vi kan ordna en utbildningsdag för en av våra distriktssjuksköterskor

3: Läkarkår som vill arbeta för en långsiktig, hållbar läkemedelsbehandling med god compliance och därför sällan sätter in flera läkemedel samtidigt för att bättre kunna utvärdera eventuell biverkningsprofil för den individuella patienten.

3.1: Väcka frågan på läkarmöten  
2.2:  
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/verktugslada-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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier 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 patienter med DM2 och statinbehandling</i>	59%	2023-09-01	65%	Med-rave	<i>Dec 2024</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med typ-2-diabetes som inte står på statinbehandling som haft livsstilssamtal med sjuksköterska det senaste kalenderåret</i>	4,5%	2023-01-01 till 2023-12-31	8%	Take Care	<i>Dec 2024</i>
<b>Indikator 3</b>						<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 4</b>						<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 5</b>						<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 fikorummets, 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?

*Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.*

Den modell vi tänker oss är att Tobias kommer att identifiera de patienter med typ-2-diabetes som inte har en aktiv statinbehandling. Därefter kommer en lista delas ut till varje husläkare som ansvarar för att se över behandlingen hos vederbörandes patient.

I de fall där husläkaren bedömer att statinbehandling är aktuellt kan han/hon välja att kontakta patienten via telefon initialt eller att boka in en planerad tid om patienten vill diskutera sin behandling.

Denne läkare kontrollerar även om/när patienten har haft ett livsstilssamtal med sjuksköterska och bokar detta vid behov och utifrån patientens önskemål. Detta kan med fördel göras under det bokade besöket då man kan kontrollera journaluppgifter tillsammans med patienten. Om patienten inte är intresserad av att inleda/ompröva läkemedelsbehandling kvarstår såklart erbjudandet om livsstilssamtal. Husläkaren meddelar Tobias om/när det senaste livsstilssamtalet var.

Med denna modell kommer vi alltså rikta in oss på de patienter som saknar statinbehandling för att se om de kan gynnas av att inleda/återuppta en sådan samt erbjuder livsstilssamtal för att optimera deras förutsättningar för kardiovaskulär riskreduktion.

**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: [forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbättringsarbeten.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

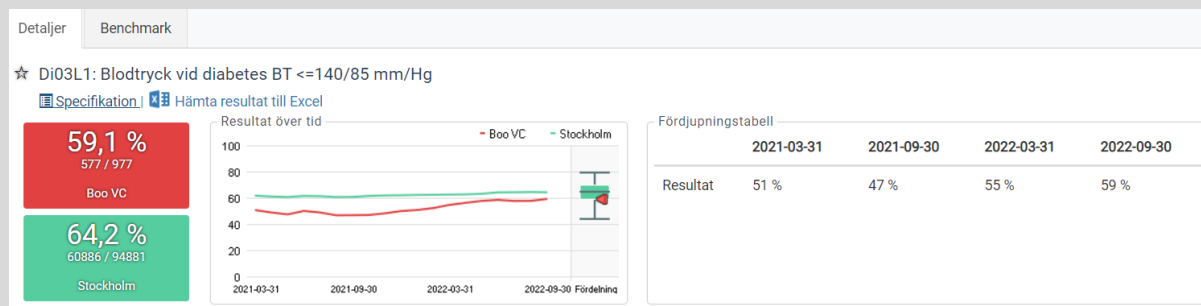
De arbetssätt som vi beslutat om att prova i del 1 har vi även genomfört. Husläkarna har fått patientlistor med personnummer till de patienter med typ-2-diabetes som inte hämtat ut någon statinbehandling under kalenderåret 2023. Därefter har husläkarna kunnat kalla patienten för besök/bedömning och/eller tagit upp detta i samband med årskontroller. Möjlighet att erbjuda dessa patienter livsstilssamtal har då också erbjudits.

I samråd med sjuksköterskorna och Birgitta Wallander har vi därefter skrivit ut inledande frågor avseende levnadsvanor som patienterna har haft möjlighet att fylla i inför sjuksköterskebesöket.

Parallellt med detta har vi diskuterat frågan på läkarmöten och APT.

## 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>Indikatorerna</b> mn 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. Med-rave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med DM2 och statinbehandling	59%	2023-09-01	65%	68%	Medrave	Dec 2024
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med typ-2-diabetes som inte står på statinbehandling som haft livsstilssamtal med sjuksköterska	4,5%	2023-01-01 till 2023-12-31	8%	10,3%	Take care	2024-01-01 till 2024-12-31

	<i>det senaste kalenderåret</i>						
<b>Indikator 3</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 4</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 5</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Övriga kommentarer:</b>							
<b>Slutreflektion</b>							
Vad har ni lärt er?							
<p>Under den period som vi har bedrivit kvalitetsarbetet har vi lärt oss flera saker. En viktig lärdom är att försöka skraddarsy förändringar som passar de förutsättningar och arbetssätt som just vi brukar arbeta med. På Kungsholmsdoktorn känner varje husläkare sina patienter då vi har en tydlig och begränsad lista för att möjliggöra kontinuitet; därav var det lyckat att varje husläkare själv fick avgöra hur han/hon på bästa sätt kunde nå ut till patienterna som saknade kolesterolsänkande behandling och hur dessa patienter på bästa sätt skulle kunna uppmuntras/erbjudas läkemedels- och livsstilsfrämjande behandling.</p> <p>Ytterligare en lärdom har varit att inse vikten/styrkan i att samarbeta och koordinera lösningar/förslag tillsammans med flera yrkeskategorier. Ett exempel därifrån är det livsstilsformulär som distriktssjuksköterskan Birgitta Wallander tog fram. Formuläret kunde läkarna dela ut till patienterna och samtidigt boka in dem till ett samtal med sjuksköterska. Detta tror vi har bidragit till mer motiverade patienter samt att det fungerat som en "påminnelse" till läkarna att ha ett utskrivet papper med någonting "konkret" att skicka med och erbjuda patienterna.</p>							
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?							
<p>Den input vi fått från våra patienter innan och under arbetet är att många patienter har haft frågor/oro gällande eventuella biverkningar av statinbehandling. För att bemöta detta har läkarna uppmuntrats till att bemöta detta utifrån individens frågor/oro. En annan aspekt har varit att patienterna har varit funder samma kring hur en eventuell livsstilsförändring skulle kunna påverka dem positivt. Många har till exempel en uppfattning om att livsstilsförändringar endast har effekt på hälsan om den tex sänker kolesterolvärdet. Där har det varit viktigt att klargöra för patienterna att livsstilsförändringar i sig har en positiv på både fysisk och mental hälsa.</p>							
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.							
<p>Framåt planerar vi att fortsätta erbjuda dessa samtal samt att fortsätta skraddarsy och förbättra läkemedelsbehandlingen till våra patienter med typ-2-diabetes. Styrkan/motivationen att fortsätta med arbetssättet ligger delvis i de resultat vi uppnått, men också i att essensen av dessa åtgärder ju gynnar vår patientgrupp i stort och inte bara typ-2-diabetiker, exempelvis vid annan kardiovaskulär prevention såsom hyperlipidemi och hypertoni, men också vid psykisk ohälsa.</p>							

**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 [forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.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.