

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Rudans VC **Statiner** 2024

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Rudans Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Anna Zucco
Verksamhetschef Anna Schwartz	Verksamhetschefens e-post anna.schwartz@ptj.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Susanne Sundström	Kontaktpersonens e-post susanne.sundstrom@ptj.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 forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se **senast den 1 mars 2025, 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 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 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.

Radera EJ text i grå fält.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med rätt namn? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av bilaga i word sparad med korrekt namn. Står det något i alla rutor? Kommer era insatser bestå över tid? (ska ej vara en engångsinsats utan handla om förändrade arbetssätt). Har ni minst 2 indikatorer och mäter ni något som gör skillnad för patienterna? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Susanne Sundström
Profession: Distriktssköterska/diabetessköterska

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 två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock 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) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

Andrei Taraikouski, specialistläkare/MLA
Caroline Lindholm, medicinsk sekreterare
Anna Schwartz, verksamhetschef, distriktssköterska

B: Hälsosamtal för att involvera patienter i livsstilsförändringar, både behandlande och preventivt arbete. Patienten blir då involverad i livsstilsförändringar.
I samband med diabetesbesök hos läkare och distriktssköterska eller sjuksköterska.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Vi har en lägre förskrivning av statiner till diabetiker än övriga Stockholm och riket.
Vi vill ge en ökad vårdkvalité och patientsäkerhet till diabetespatienter.
Genom att öka medvetenheten hos läkarna, sjuksköterskorna och distriktssköterskorna för att upptäcka och behandla patienterna med diabetes. och därmed minska risken för komplikationer p.g.a. förhöjda lipidnivåer i blodet.

<p>Val av tema för förbättringsarbetet:</p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>	
<p>Vikten av att våra diabetespatienter behandlas med statiner då vi ser en stor förbättringspotential.</p>	
<p>Mål (Vad vill ni uppnå?)</p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/ Formulera här era mål:</p>	
<p>Att 100% av våra diabetespatienter blir medicinskt bedömda vad gäller behov av behandling med statiner.</p>	
<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</p>
<p>1: Bristande rutin av medicinsk genomgång vid NDR- läkarbesök men även vid NDR-besök hos distriktssköterska.</p>	<p>1.1: Genomgång på APT och läkarmöten. 1.2: Uppföljning. 1.3: Följa statistik</p>
<p>2: Otillräcklig kunskap om vikten av statinbehandling</p>	<p>2.1: Återkommande punkt i agendan. 2.2: Bokad uppföljning 1 gång i månaden som punkt i agendan. 2.3: Månadsvis uppföljning av statistiken.</p>
<p>3: Många patienter är tveksamma och därför inte motiverade till behandling med statiner.</p>	<p>3.1: Diabetessköterska bedömer i samråd med MLA aktuell läkemedelslista.</p>

	<p>3.2: Viktigt att informera patienten om vikten av behandling med statiner.</p> <p>3.3: Viktigt att även läkare och sjuksköterskor har god kunskap om vikten av att behandla med statiner.</p>
--	--

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten 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. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärde
Indikator 1	Andel diabetespatienter med statinbehandling. Uppföljning månadsvis i Medrave	8/2 -24 57 %	4/3 - 24	65 %	Medrave	dec 2025
Indikator 2	Andel patienter med diabetes typ 2 som når målvärde på LDL < 2,6	52 %	4/3 - 24	65 %	Medrave	Dec 2025

Indikator 3	Antal patienter med diabetes typ 2 där LDL värde saknas.	19 %	4/3 - 24	10 %	Medrave	Dec 2025
Indikator 4						T.ex. dec 2025
Indikator 5						T.ex. dec 2025

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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 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?

Medicinsk sekreterare: Medrave, NDR.

Distriktssköterska: Samtal och preventiva hälsosamtal.

Verksamhetschef: Skapa handlingsplan för NDR och statiner.

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

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2025 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 2025 till: forbattningsarbeten.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

Vi har diskuterat på APT och läkarmöten så alla blir involverade. Detta måste upprepas vid flera tillfällen då vi har ST- läkare som kommer och går på sina randningar samt att det tillkommer nyanställda.

Vid patientmöten har vi valt att se över läkemedelslistan och säkerställa att de patienter som har statiner verkligen tar dem. De patienter som inte har statiner insatt informeras om vikten av att behandlas. Det gäller även de som uppger att de inte tar medicinen som förskrivits.

RESULTAT

Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner

Rudans VC
279/458

Resultat över tid

Fördjupningstabell

	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	58 %	58 %	60 %	61 %

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	Start - läge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel diabetespatienter med statinbehandling. Uppföljning	8/2 - 24 57 %	4/3 - 24	65 %	61 %	Medrave	Jan-2025

	månadsvis i Medrave						
Indikator 2	Andel patienter med diabetes typ 2 som når målvärde på LDL < 2,6	52 %	4/3 2024	65 %	65 %	Medrave	Jan - 2025
Indikator 3	Antal patienter med diabetes typ 2 där LDL värde saknas.	19 %	4/3 2024	10 %	20 %	Medrave	Jan - 2025
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det krävs mer och ett kontinuerligt arbete för att uppnå bättre resultat.

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 patientmöten måste frågan ställas till de patienter som har statiner förskrivet om varför de inte tar förskrivna statiner. Till de som inte har statiner, informera om vikten av att börja med statiner när behov finns. Patienten måste känna sig delaktig i sin behandling och få information som gör att de förstår vikten av 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.

Vi måste fortsätta att arbeta vidare med detta, även efter dec-24. Vi måste informera patienterna av vikten av provtagning och ha en dialog kontinuerligt med patienten och även på APT och läkarmöten.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@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") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.