

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1

### Lipidbehandling hos patienter med typ 2 diabetes med fokus på behandling mot målvärde för LDL

#### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Trollbäckens vårdcentral

Verksamhetschef

Therese Billberg

Verksamhetschefens e-post

therese.billberg@regionstockholm.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 förbättringsarbeten.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.

**Radera EJ text i grå fält.**

## DEL 1 – Planen

#### Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Stefan Dahl

Profession: Specialist allmänmedicin, MLA

E-post: stefan.dahl@regionstockholm.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

A:

Therese Billberg (chef), Ellinor Gustafsson (ST-läkare) föräldraledig men återkommer efter sommaren 2024), Anna Borg (läkare), Maria Hall (diabetessköterska).

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

B:

Med hjälp av riskbedömning enligt Nationella Diabetes Registret (NDR) och tillsammans med diabetespatienten vid besök hos läkare eller diabetessköterska så hoppas vi öka förståelsen både för behandlande läkare och för patienten varför det är viktigt att sträva efter att behandla blodfetter enligt gällande riktlinjer.

Vid samtal om bieffekter använda oss av riktlinjer från Kardiologi.se [Statiner:](#)

[Behandlingsrekommendationer - Kardiologi.se](#)

samt Janusinfo ”Återinsätt statin efter behandlingsavbrott”

### **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?**

Arbetet är en fortsättning på vårt arbete från 2023.

Vid en kartläggning 2022 såg vi att vi hade i allt för låg utsträckning behandling av blodfetter hos våra diabetespatienter som enligt riktlinjer var i behov av det. Vi såg också att det i stor utsträckning saknades värden för LDL-kolesterol men även för P- Kolesterol.

Vi noterade i den grundläggande kartläggningen 2022 men också i förra årets arbete att de patienter som har blodfettssänkande medicin når inte heller ner till de målvärden som är önskvärda.

Data från Primärvårdskvalitet visar att förra arbete ökade medvetenheten om vikten av blodfettssänkande behandling av diabetespatienter och vi ökade också från 56,3% till 61,7% när det gäller andel patienter med diabetes som behandlas med blodfettssänkande.

Andelen patienter som har mätt P-kolesterol i journal 2023 är nu 81% jämfört med 75% 2022.

Vad gäller LDL är andelen patienter som har LDL-kolesterol i journal 2023 75% jämfört med 66,3% 2022. Det är en ökning med 9% för LDL men bara 6 % för P-Kolesterol.

Vi kan inte nöja oss med att antal prover och recept ökar, vi vill nå ner till de målvärden som rekommenderas för respektive patient och på så sätt göra skillnad för framtida hälsa.

Ett sätt att nå dit är att använda oss av sökordet Målvärde LDL i journal. Förra året började vi arbetet med att få in det sökordet i våra rutiner. Vi kan då söka via funktionen egna listor i M4.

Nästa steg blir att mäta hur många som egentligen når sina målvärden, det blir ett tufft jobb men man måste börja någonstans. Det är alltid svårt att få in nya rutiner och nya sökord och vi tror att det behövs mer information och motivering varför samt att hitta en bra metod för att se nyttan med att använda sig av målvärde.

Vi har också bett Medrave support att ta in Målvärde LDL ska finnas i M4 under rubriken diabetes/patientsammanställning, precis som målvärdet HbA1c som idag redan finns där.

Vi har idag en dialog om detta och jag har nyligen fått besked att detta kommer att bli tillgängligt under andra halvan av Q2

Data från Medrave M4 2023 visar att det fortfarande är 26% av alla diabetespatienter saknar LDL värde i sin journal och att av de som behandlas så ligger 12% med LDL värde <1,4 och 38% ligger med värden 1,4 – 2,6.

I takt med att vi har ökat förskrivning / intensitet med behandling av blodfettssänkande behandling så har också antalet patienter som upplever bieffekter ökat. Det finns en tydlig oro kring statin-behandling samt en kunskap om effekt och bieffekt och i många fall tas den oron upp direkt vid första samtalet och vid uppföljningar. Följsamheten är inte lika tydlig som vid behandling av högt blodsocker och högt blodtryck.

Vi har lagt ned en hel del tid på att motivera och ge trygghet men i flera fall har behandlingen avslutats.

Vi har också sett svängande följsamhet samt dosreduktioner av behandling trots att den då givna doser gav ett bra värde, under gällande målnivå.

2024 tänker vi också jobbar mer med motivering till behandling och försöka bemöta oro kring behandling på ett mer strukturerat sätt.

Vi kommer att använda oss av information från Janusinfo och från Kardiologi.se för handläggning av oro kring muskelsymtom men också för att hantera exempelvis leverpåverkan [Statiner: Behandlingsrekommendationer - Kardiologi.se](#)

Vi har tagit fram material för utbildning och kopierat gjort en lathund över Statin-Associerade MuskelSymtom, SAMS.

Vi kommer också att försöka göra en egen bedömning av skillnad mellan förskrivning av recept (M4) och uthämtade recept från apotek ([gups.sll.se/SASPortal](https://gups.sll.se/SASPortal)) för att se om vi kan påverka detta.

Varför gör vi då detta igen?

Blodfettssänkning är en mycket viktig riskfaktor för utvecklandet av hjärt-kärlsjukdom och för patienter med diabetes är det mycket högre än för de som inte har diabetes. Dagens riktlinjer är också tydliga med att LDL-kolesterol förorsakar och förstärker aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom.

Vi måste öka kontrollerna av blodfetter och i förlängningen även förskrivningen av blodfettssänkande mediciner för patienter med typ 2 diabetes som behöver det. Vi måste närma oss de mål som idag står som målvärde. För att nå dit måste vi börja att bli bättre på att kontrollera blodfetter vid årskontroller och behandla ner till målvärde för respektive diabetespatient. Den individuella risken för en patient skattas vi med NDRs riskmotor, [www.ndr.nu/IFrameRisk/](http://www.ndr.nu/IFrameRisk/) man kan också använda appen ESC CVD risk.

### **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.

Lipidbehandling hos patienter med typ 2 diabetes med fokus på behandling mot målvärde för LDL

### 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 vill öka andelen patienter som har blodfettssänkande behandling totalt sett och då vi måste också i större utsträckning mäta "blodfettstatus" och där ska LDL-kolesterol och HDL-kolesterol ingå. Vi vill i större utsträckning nå målvärden för LDL genom behandling men också genom att motivera bättre, följa upp följsamhet och bemöta samtal om biverkningar strukturerat.

Vi vill fortsätta att jobba med bedömning vad gäller kardiovaskulär risk för diabetespatienter och att det journalförs i TakeCare under sökordet "Målvärde LDL" som finns i journalmall "Besök Diabetes" för läkare och för sjuksköterskor.

Målvärden för LDL för patienter med diabetes enligt VISS och vägledning till riskbedömning.

- **LDL < 2,6 mmol/L** om god metabol kontroll med < 10 års diabetesduration och utan komplikationer eller aterosklerotiska riskfaktorer (**måttlig risk**)
- **LDL < 1,8 mmol/L** om faller mellan ovan och nedan indikationer eller eGFR 45-59 ml/min (**hög risk**)
- **LDL < 1,4 mmol/L** om **mycket hög risk**, d.v.s. diabetes med
  - manifest ateroskleros
  - mikrovaskulära komplikationer från minst 3 lokaler (till exempel retinopati, mikroalbuminuri, neuropati)
  - tecken på njurskada (eGFR < 45 ml/min eller eGFR 45–59 ml/min med mikroalbuminuri eller proteinuri)

Den kardiovaskulära risken kan också skattas med NDR:s riskmotor

- Vid en **måttlig risk** på 2-8 procent för kardiovaskulär sjukdom på 5 år kan patienten behandlas med livsstilsförändring och eventuellt statin
- Vid **högre risk** på 8-20 procent bör patienten behandlas med statin
- Vid **mycket högre risk** > 20 procent bör patienten intensivt behandlas med statin

Vi vill följa förskrivning av lipidsänkande behandling genom att jämföra skrivna recept med uthämtade recept

#### 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/>

1:1 Läkare underskattar risk, kanske p g a dålig kunskap om problemet eller också p g a egen inställning till behandlingen av blodfetter.

1.1: Återkommande samtal och utbildning av läkare, diabetessköterska men också av all personal varför detta är viktigt, varför vi inte

1.2 Övrig personal kan stötta patientens beslut att inte ta medicin av olika skäl.	bara kan nöja oss med att säga "okej du väljer själv". 1.2: I personalgrupper ska vi återkommande prata om detta. 1.3 Läkare får personlig statistik av sin förskrivning och målvärden.
2. Om vi inte tar blodfetter så har vi inte heller helhetsbilden för att göra en korrekt riskbedömning. Har vi inte aktuella blodfetter blir den delen av mötet lågt prioriterad.	2. Om läkare ordinerar endast P-kolesterol kommer personal från lab att fråga om inte "blodfettsstatus" ska tas i stället. 3.2: Diabetessköterska ska stöta på läkare och se till att målvärde LDL fylls i och påminna om både provtagning och behandling.
3: Patienter har haft blodfettssänkande behandling tidigare men fått bieffekter. Patienter är rädda för kända biverkningar som ex muskelsmärk. 3.2 Aktörer utanför vårdenheten har åsikter pga egen erfarenhet, ex anhöriga, vänner.	3.1 Prata om bieffekter, förklara. Ha uppföljningar vid insättning, där patienten kan uttrycka oro, ev kontrollera "muskelpровер" för att skapa trygghet. Använda oss av SAMS. Följ de riktlinjer som finns på Jausinfo och på kardiologi.se 3.2 Prata om vikten av följsamhet. Finns oro kring interaktioner, kan vi visa tydligt idag hur det ser ut ex via JanusInfo knappen i läkemedelsmodul.

### 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 "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 startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andelen patienter med typ 2 diabetes som har blodfetter-	61,7%	231231	66,6 %	PvQ	31/12-24

	sänkande behandling (statiner)					
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med typ 2 diabetes som når sitt angivna målvärde för LDL, angivet i journal. Målvärde 1,4 Målvärde 1,8 Målvärde 2,6	30% 42% 56%	240101	Öka med 20%	M4	31/12-24
<b>Indikator 3</b>	Jämförelse mellan förskrivning av lipidsänkande behandling med uthämtade recept. Sökning görs på ATC-kod C10A Tusen DDD	449 gups 548 M4 tot	240101	Öka 20%	M4 och "gups"	31/12-24
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med typ 2 diabetes där LDL-värde finns i journal.	74%	240101	80%	M4	31/12-24

**Kommentar (valfritt):**

Indikator 2. Vi väljer att skriva målvärde 1,4 o s v trots att målvärdet är specificerat som <1,4. När vi pratar om detta i läkargruppen blir det tydligt att många väljer målvärde för att sedan jobba mot att ligga under det värdet. Samma tank finns i läkargruppen vad gäller blodtryck.

Indikator 3 tas fram genom att ta fram tusen DDD via M4 totalt. Detta jämförs med tusen DDD total ur GUPS Då hoppas vi få en ökning av uthämtade recept.

Vi hoppas och tror att arbetet "spiller över" på alla patientgrupper med behandling mot höga blodfetter. Det finns ju också en samsjuklighet där många patienter har flera tillstånd som var och en behöver behandling av blodfetter. De två största grupperna är hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Hittar vi ett bättre sätt att presentera detta justerar vi det efterhand.

*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 som ni tänk? 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.*

**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 (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 följt vår plan men har tyvärr inte kunnat följa den så som vi hade velat. Det har saknats data i Primärvårdskvalitet, nya data kom först i början av september 2024. Vi var uttagna i övertidsblockad och sedan strejk ett antal veckor innan semesterperioden det stökade till vår planering rejält och många besök har omprioriterats.

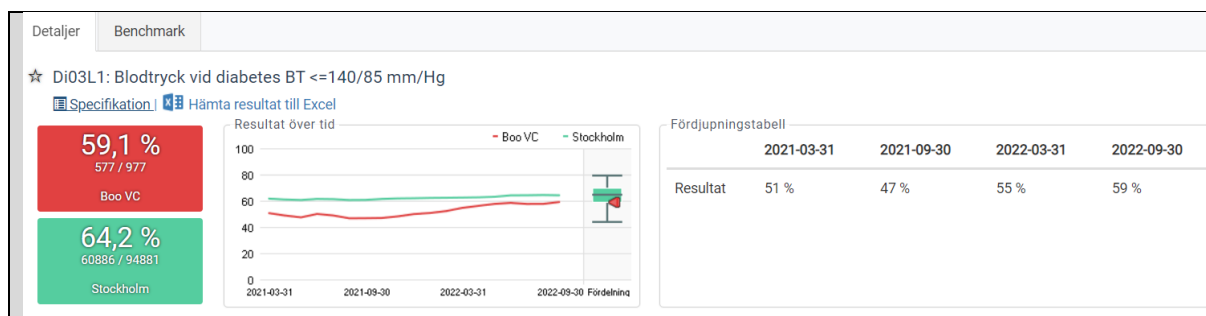
Ämnet tas upp fortlöpande på våra läkarmöten, diskussionen är mer aktiv och frågorna kring alternativ vid biverkningar, eller alternativ när man inte når målvärde kommer upp allt oftare. Vi berättar om arbetet på APT och ger fortlöpande resultat, när vi får dessa.

Vi får allt fler patienter som tar upp biverkningar som, man anser vara kopplat till insättning av blodfettssänkande medicin.

### **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>Indikatornamn</b> 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>	Andelen patienter med typ 2 diabetes som har blodfetts-sänkande behandling (statiner)	61,7%	231231	66,6 %	63,7	PvQ	31/12-24
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med typ 2 diabetes som når sitt angivna målvärde för LDL, angivet i journal. Målvärde 1,4 Målvärde 1,8 Målvärde 2,6	30% 42% 56%	240101	Öka med 20%	34% 46% 54%	M4	31/12-24
<b>Indikator 3</b>	Jämförelse mellan förskrivning av lipidsänkande behandling med uthämtade recept. Sökning görs på ATC-kod C10A Tusen DDD  Andel som hämtat ut läkemedel med ATC-kod C10AA och C10Ba	449 gups  548 M4  Gups/Lud 63,48	240101	Öka 20%	523 gups +16%  643 M4 +17%  Gups/lud 66,85	M4 och "gups"	31/12-24
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med typ 2 diabetes där LDL-värde finns i journal.	74%	240101	80%	75%	M4	31/12-24

**Övriga kommentarer:**

Indikator 2. Vi väljer att skriva målvärde 1,4 o s v trots att målvärdet är specificerat som <1,4.

Vi hittade också information om diabetes och uthämtade statinrecept från GUPS/LUD. Där är våra resultat bättre för diabetiker med uthämtade recept än i PvQ som mäter diabetiker med förskrivna recept, varför är svårare att förstå för oss men ändå positivt.

Där ser vi för december 2024 att andel diabetespatienter som hämtat ut läkemedel med statiner är 66,85 och snitt värdet anges där till 68,81.

För 2023 är samma siffror 63,48 respektive 66,47.



Arbetet visar tydligt att vi förskriver mer och får våra patienter att hämta ut blodfettssänkande behandling i allt högre utsträckning.

Andel diabetiker med statinbehandling ser ut att stagnera sista kvartalet men antalet behandlande patienter fortsätter att öka i jämn takt. Det kan förklaras till del av 50 st nydebuterade/nya patienter hos oss 2024.

Antalet statinbehandlande diabetespatienter har ökat med 9%. Antalet diabetiker har ökat med 6%. Vår målsättning var att komma i kapp Regionens snitt, kanske överambitiöst att nå målet på 1 år men vi ska komma dit med tiden.

Det är en besvikelse över att andel patienter med LDL-värde i journal inte är högre, vi får analysera det närmare i år.

Att nå sitt målvärde-LDL är för många diabetiker svårt framför allt för de som ska ligga under 1,4. Här måste vi jobba långsiktig, tålmodigt och vara beredda att ta samtalen kring oro, rädsla för biverkningar för att motivera att kunna nå detta mål där det ofta krävs höga doser med statiner och ofta kombination med annan medicin.

Det blev ändå en liten ökning 13% fler nådde sitt målvärde 1,4.

Vi ser också att dokumentation av sökorden LDL-målvärde inte har blivit en naturlig del av diabetesjournalen. Patienter som hade sökordet 2023 saknar det 2024.

Under 2024 har också flera ST-läkare jobbat med andra projekt inom ramen för Vesta/Kvast, men också egna förbättringsarbeten. Ju fler arbeten som är i gång desto svårare är det att hålla fokus på alla.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Förändringsarbete kräver tålmod och engagemang av alla i ett flödesschema. Blir någon sjuk en längre tid eller som 2024 då vi tas ut i övertidsblockad och strejk så ger det direkt effekter. Vi måste bättre ha återkommande träffar i olika yrkesgrupper där man motiverar, förklarar varför detta är viktigt. Arbete av den här typen bör fortgå flera år, då kommer resultaten.

Flera samtidiga förbättringsarbeten ger också påverkan, vi tenderar till att engagera oss i det senaste och glömma det förra.

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 aktivt efterfråga bieffekter och vid misstanke har patienter fått svara på frågor som ingår i SAMS, vissa har själva fått fylla i skattningen. Trots att det är ringa misstanke på allvarlig bieffekt har flera patienter valt att avsluta behandling alternativt reducerat dos, även när provtagningar med inriktning på muskelbiverkningar har varit normala. Det verkar finnas en djupt rotad misstanke mot statiner i vårt upptagningsområde och den är svår att komma åt.

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.

Det blev ett bra arbete och resultatet är bra tycker vi.

Vi har ökat andel diabetiker med statinbehandling från 56,3 jan 2023 till 63,7 december 2024. Vi har haft detta förbättringsarbete i 2 år i olika former och nu tar våra diabetesansvariga över för att fortsätta arbetet.

Vi vill ha en tät dialog mellan läkare och diabetessköterskor som också ska påpeka när det saknas prover (blodfetter, mikroalbumin) eller behandling som kan anses ” som standard”. Då får behandlande läkare motivera varför ex statiner saknas.

**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.