

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Kvarnholmens VC, lipidstatus hos patienter med Diabetes typ 2, 2025*

| Information om husläkarmottagningen | |
|--|--|
| Mottagningens namn Kvarnholmens VC | Namn på er Informationsapotekare Anna Zucco |
| Verksamhetschef Klara Swerup | Verksamhetschefens e-post Klara.swerup@ptj.se |
| Kontaktperson för förbättringsarbetet Ida Fasth | Kontaktpersonens e-post ida.fasth@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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 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 forbattringsarbeten.apc.sls@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: Ida Fasth Profession: ST-läkare i allmänmedicin |

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

A:

Ida Fasth (ST-läkare allmänmedicin)
Klara Swerup (Specialist i allmänmedicin/verksamhetschef)
Eva Jönsson (Diabetes sjuksköterska)
Astrid Cornaire (distriktssköterska/enhetschef)

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

B:

Enskild kontakt till patienterna med information och diskussion om hur vi ska uppnå rekommenderade behandlingsmål.

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.

Patienter (pat.) med diabetes mellitus typ 2 (DM2) löper större risk än andra att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar. För att kontrollera DM2 pat.s lipider rekommenderas samma mål för LDL-kolesterol som vid dyslipidemi. Många av DM2 pat. lever med en högre eller till och med mycket hög risk och därför är en stark behandlingsinsats viktig för dessa pat..

Nyare europeiska riktlinjer om lipidbehandling anger skärpta behandlingsmål då evidensen har stärkts om att lägre värden medför lägre risk för komplikationer. Pat. med mycket hög risk rekommenderas ett behandlingsmål för LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l (eller 50 procents sänkning av utgångsvärdet) och vid hög risk < 1,8 mmol/l. För de med lägre risk ligger behandlingsmålet < 2,6 mmol/l.

Kvarnholmens Vårdcentral har det senaste året fått ett ökat antal DM2. pat. i förbindelse med att vi öppnat upp för flera nylistade patienter. År 2023 hade vårdcentralen 129 DM2 pat. och kommande år 172 pat.. I dagsläget februari 2025 finns det 183 registrerade DM2. pat. på vårdcentralen.

Data från Medrev M4 visar att 43 pat. (23%) av alla DM2 patienter saknar ett mätvärde för LDL i sin journal. Av av dessa pateinter har 27 patienter ingen lipidsänkande behandling.

Data visar även att 37 pat. (20%) har ett LDL på > 2.6. Av dessa pat. har 16 pat. ingen lipidsänkande behandling.

Vi vill med detta arbete öka andelen av pat. som har lipidsänkande behandling totalt och då måste vi även öka mätningen av LDL vilket många patienter i dagsläget inte tagit. Vi vill på längre sikt nå målvärdet för LDL för pat. med DM2 för att förhindra och förebygga injuknande i hjärt och kärlsjukdommar.

Det finns idag en tydlig oro för lipidsänkande behandling då många pat. upplever biverkningar av statiner. Det är därför viktigt att informera och diskutera med pat. om deras oro. Det är viktigt att motivera och skapa trygghet runt en behandling. Vi kommer att informera och utbilda patienterna båda skriftligt och muntligt om lipidsänkande behandling med utgångspunkt från bl.a Janusinfo samt Kardiologi.se.

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.

Öka förskrivningen av lipidsänkande läkemedel och mätning av LDL hos DM2 patienter

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Målet är att öka andelen av DM2 pat. som har lipidsänkande behandling totalt och då även fokusera på ökad mätning av LDL. Vid att uppnå rekommenderade LDL-värdet för patienter med DM2 är målet på sikt förebygga injuknande i hjärt och kärlsjukdommar.

- ⇒ Mycket hög risk: LDL < 1,4 mmol/l (eller 50 procents sänkning av utgångsvärdet)
- ⇒ Hög risk: LDL < 1,8 mmol/l.
- ⇒ Lågrisk: LDL < 2,6 mmol/l.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram:

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-forbattningstrappa/ | https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-patientsamverkan/ | | | | | |
| <p>1: Läkarens egen riskvärdering</p> | <p>1.1: Diskussion och utbildning till all personal på vårdcentralen angående vilka mål och rutiner som gäller angående mål och provtagning.</p> | | | | | |
| <p>2: Vi tar idag inte LDL på alla våra DM2 patienter</p> | <p>2.1: LDL ska finnas med i årliga blodprover om detta ej är ordinerat ska personalen från provtagningen ifrågasätta varför LDL inte är med.</p> <p>2.2: DM2 SSK ska vid kontroll se till att det finns uppdaterade LDL värden i journalen</p> <p>2.3: Alla patienter som i dagsläget inte tagit årligt LDL ska kontaktas och informeras om pågående arbete med att förebygga hjärta och kärlsjukdom</p> | | | | | |
| <p>3: Patienterna ska informeras både muntligt och skriftligt om lipidbehandling.</p> | <p>3.1: Utbildande samtal med patienterna.</p> <p>3.2: skriftlig information</p> <p>3.3: Täta kontroller och uppföljningar så pat. Känner sig trygg med initial eller ökad behandling.</p> | | | | | |
| <p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-forbattningstrappa/</p> | | | | | | |
| <p>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.)</p> <p>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. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.</p> | | | | | | |
| | <p>Indikatornamn</p> | <p>Nuläge = Startläge</p> | <p>Datum/period</p> | <p>Mål (%)</p> | <p>Källa (t.ex.</p> | <p>Datum för att</p> |

| | T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka | (% eller antal) | för start-läge | eller antal) | Med-rave) | uppnå mål-värdet |
|--------------------|---|-----------------|-----------------------|--------------|-----------|-------------------------|
| Indikator 1 | Andelen av patienter med DM2 där LDL-värde finns i noterat | 77% | 27/2 2025 | 90% | medr ave | Dec 2025 |
| Indikator 2 | Föreskrivningen av lipidsänkande behandling hos DM2 pat. | 57,4% | 27/2 2025 | 70% | medr ave | Dec 2025 |
| Indikator 3 | Andelen av DM2 patienter som har LDL under 2.6. | 56% | 27/2 2025 | 70% | medr ave | Dec 2025 |
| Indikator 4 | | | | | | T.ex. dec 2025 |
| Indikator 5 | | | | | | T.ex. dec 2025 |

Kommentar (valfritt):

Fokus ligger på ökad behandling med kolesterolsänkande medicin och öka antalet mätningar av LDL på vårdcentralen. På nuvarandetidspunkt fokuseras inte på om individuella målvärden < 2.6 uppnås.

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/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 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?

Vi ska börja med att undersökas vilka patienter som inte har tagit LDL-värde senaste året. Dessa patienter ska kontaktas och informeras.

Det ska skrivas ett skriftligt informationsblad till patienterna om lipidsänkande behandling och varför detta är viktigt och förebyggande för patientens sjukdom.

Personalen på vårdcentralen ska informeras om projektet och undervisas om framtida rutiner.

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.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 inledde förbättringsarbetet med att informera hela vårdcentralen vid ett APT-möte. Där presenterades bakgrunden till projektet, relevant data samt hur arbetet praktiskt skulle genomföras. Samtliga läkare informerades om att fokus skulle ligga på att säkerställa mätning av LDL-kolesterol vid varje årskontroll samt att initiera statinbehandling hos de patienter som saknade adekvat lipidbehandling. Även undersköterskor som ansvarade för provtagning informerades om att aktivt säkerställa att LDL inkluderades vid provtagning. Diabetessjuksköterskan, som träffar patienterna oftare, involverades också i arbetet och hade en viktig roll i att uppmärksamma och följa upp patienter där LDL och statiner saknades.

Efter halva projekttiden genomfördes en uppföljning av patienter som fortfarande saknade registrerat LDL-värde eller statinbehandling i TakeCare. Dessa patienter kontaktades via ett fysiskt brev som skickades per post. I brevet erbjöds möjlighet att boka tid för blodprovstagning samt samtal kring statinbehandling. Samtidigt bifogades ett informationsutskick på lättillgängligt språk som beskrev vikten av förebyggande behandling med statiner, vanliga biverkningar samt att vårdcentralen erbjuder stöd och uppföljning vid behandlingsstart för att skapa trygghet. Patienterna kunde därefter boka tid antingen hos sjuksköterska eller direkt hos läkare.

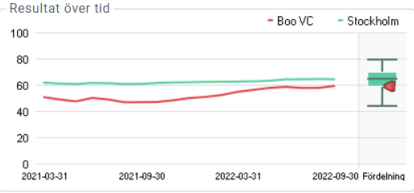
Många av patienterna som ingick i utskickslistan hade redan en planerad årskontroll under hösten, och dessa tider behölls enligt plan.

Under den sista månaden lades särskilt fokus på patienter som fortfarande saknade LDL-värde och/eller statinbehandling. En journalgranskning genomfördes individuellt för dessa patienter. Granskningen visade att vissa patienter redan hade ett uppmätt LDL-värde från annan vårdenhet, vilket dock inte var registrerat på vårdcentralen. Ett fåtal patienter hade avböjt statinbehandling på grund av tidigare upplevda biverkningar, men hade redan haft dokumenterade samtal kring detta.

I stort sett samtliga patienter med diabetes hade ett aktuellt kolesterolprov, vilket kunde användas som underlag vid statinbehandling. För några patienter med allvarliga kroniska sjukdomar hade man valt att avstå från statinbehandling på grund av andra mer prioriterade medicinska tillstånd, såsom pågående cancersjukdom.

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:**

| Detaljer | | Benchmark | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------------|--|--------------------------|------------------------|---------------------------------|--|------------|------------|------------|------------|----------|------|------|------|------|
| ☆ Di03L1: Blodtryck vid diabetes BT <=140/85 mm/Hg Specifikation Hämta resultat till Excel | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59,1 % 577 / 977 Boo VC | |  | | Fördjupningstabell <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2021-03-31</th> <th>2021-09-30</th> <th>2022-03-31</th> <th>2022-09-30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resultat</td> <td>51 %</td> <td>47 %</td> <td>55 %</td> <td>59 %</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | 2021-03-31 | 2021-09-30 | 2022-03-31 | 2022-09-30 | Resultat | 51 % | 47 % | 55 % | 59 % |
| | 2021-03-31 | 2021-09-30 | 2022-03-31 | 2022-09-30 | | | | | | | | | | | | | |
| Resultat | 51 % | 47 % | 55 % | 59 % | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | Andelen av patienter med DM2 där LDL-värde finns i noterat | 77% | Feb. 2025 | 90% | 85% | Medrave | Jan 2026 | | | | | | | | | | |
| Indikator 2 | Förskrivningen av lipidsänkande behandling hos DM2 pat. | 57,4% | Feb. 2025 | 70% | 65,5% | medrave | Jan 2026 | | | | | | | | | | |
| Indikator 3 | Andelen av DM2 patienter som har LDL under 2.6. | 56% | Feb. 2025 | 70% | 64% | medrave | Jan 2026 | | | | | | | | | | |
| Indikator 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indikator 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Övriga kommentarer: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Under uppföljningsperioden har antalet patienter med DM2 ökat från 172 till 197, motsvarande 25 nya patienter. Förbättringsarbetet har därmed genomförts parallellt med ett ökat patientunderlag.</p> <p>Det ökande antalet patienter innebär att förbättringarna skett trots inflöde av nya patienter som initialt ofta saknar lipidstatus och behandling. Resultaten bedöms därför spegla en reell kvalitetsförbättring i arbetssätt och uppföljning.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Slutreflektion | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vad har ni lärt er? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Sammantaget har förbättringsarbetet lett till en tydlig förbättring i hur vi följer upp och behandlar blodfetter hos våra patienter med DM2. Arbetet har visat att tydliga och återkommande rutiner gör att fler patienter får sina LDL-värden kontrollerade och når sina behandlingsmål.</p> <p>Under perioden har många nya patienter tillkommit, som i början ofta saknade både lipidprover och behandling, vilket har påverkat resultaten. Trots detta ses förbättringar i alla nyckeltal, vilket tyder på att förändringarna beror på ett bättre arbetssätt snarare än på förändringar i patientgruppen.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Arbetet har också visat vikten av att personalen arbetar på ett gemensamt och strukturerat sätt samt att regelbundet följa upp data för att lättare identifiera patienter som behöver ytterligare åtgärder.

Slutligen har förbättringsarbetet tydliggjort betydelsen av att anpassa behandlingen efter varje patients individuella risk och förutsättningar, snarare än att använda samma behandling för alla.

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?

I förbättringsarbetet har patienternas frågor och erfarenheter använts för att anpassa information och uppföljning. Vi har strävat efter att göra patienterna mer delaktiga genom tydligare samtal om lipidvärden, behandlingsmål och syftet med behandlingen. Genom att återkoppla provsvar och involvera patienterna i beslut om behandling har delaktigheten i vården ökat.

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.

Framöver vill vi fortsätta arbeta på samma sätt som har fungerat bra under förbättringsarbetet. Vi kommer att hålla fast vid tydliga rutiner för LDL-kontroller och uppföljning av behandling hos patienter med DM2, med särskilt fokus på nya patienter och på dem som ännu inte nått sina målvärden. Som en del av förbättringsarbetet har LDL nu lagts in som standard i vårt blodprovspaket för patienter med diabetes, i stället för tidigare kolesterol-P. Detta gör uppföljningen enklare, minskar risken att prover missas och bidrar till att förbättringarna kan hållas över tid och bli en naturlig del av det dagliga arbetet.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 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 forbattningsarbeten.apc.sloso@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.