

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA:

Lipider, statiner och diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Meliva Vårdcentral Solna	Namn på er Informationsapotekare Lisa Unogård Maxstad
Verksamhetschef Klara Arrenius	Verksamhetschefens e-post Klara.arrenius@meliva.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Malin Rydén	Kontaktpersonens e-post malin.ryden@meliva.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: Malin Rydén
Profession: ST-läkare

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: Malin Rydén - ST-läk

Sara Ghodci – ST läk

Nina Ardakani – SSK

Toni Eriksson - USK

Samt övriga anställda kommer vara engagerade i förbättringsarbetet.

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

B:

Berörda patienter, alltså främst diabetespatienter, involveras främst i samband med deras besök på mottagningen, både till läkare och sjuksköterska. I och med årets förbättringsarbete tänker vi att diabetespatienter i högre grad kommer erbjudas samtal, provtagning, läkemedelsdiskussion kring ämnet lipider. På så sätt kommer patienternas föreställning uppmärksammas.

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.

*Under perioden februari 2024 till december 2024 hade endast 46% av våra patienter med diabetes typ 2 ett LDL-värde (**under**) <2,6. Enligt rådande riktlinjer (viss.nu) bör alla patienter med diabetes ha ett LDL-mål på högst 2,6, men det finns många av diabetespatienterna som bör eftersträva ett ännu lägre värde än så. 19% av våra typ 2-diabetespatienter har vi inget LDL-värde alls på det senaste året.*

Vi vill med detta arbete uppmärksamma de riktlinjer som finns kring diabetes och kolesterol, och att förbättra våra rutiner. Vi vill att det ska vara ett självklart fokusområde att diskutera kolesteroler då vi träffar och behandlar diabetespatienterna, exempelvis på årskontroll. Vi vill att patienterna får information och utbildning kring ämnet, och att fler av patienterna når LDL-målvärden. Allt detta för att minska patienternas risk för kardiovaskulär sjukdom och död.

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.

Kolesterol hos patienter med diabetes.

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-forbattningstrappa/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

- Att alla patienter som följs hos oss för sin diabetes typ 2 ska provtas för kolesteroler inklusive LDL årligen.
- Att alla patienter som följs hos oss för sin diabetes typ 2 ska erbjudas information och samtal kring kolesterol och de risker som finns knutet till detta.
- Att en större del av de patienter som följs hos oss för sin diabetes typ 2 ska nå sitt LDL-målvärde.
- Att detta arbete ska bidra till en stor kunskap kring området hos hela arbetsgruppen, och att detta i längden leder till ett större fokus på kolesteroler även för andra patientgrupper så som hypertoniker.
- Att alla våra diabetes typ 2-patienter ska erbjudas ett årligt besök hos läkare samt ett årligt besök hos diabetessjuksköterska.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/> <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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Bristande kunskap kring riktlinjer, både hos läkare och övrig personal. Detta kan i sin tur leda till att patienterna inte blir informerade om sina risker.

1.1: I första hand att förbättringsarbetsgruppen fördjupar sig i ämnet
1.2: Kanske finns det utbildningar att gå för att lära sig mer, tex via APC?
1.3: Föreläsning/utbildning för hela kollegiet

2: Bristande kunskap hos patienter kring risker med förhöjt kolesterol. Detta kan leda till ovilja att medicineras, bristande compliance mm.

2.1: Patientutbildning. Erbjud information till patienterna vid årsbesök, samt vid andra besök som på något sätt är kopplat till deras diabetes.
2.2: Ta fram informationsblad som kan delas ut till patienter?
2.3: Uppföljning, både av patientens kunskapsläge och behandlingsmotivation.

3: Biverkningar av statiner, eller rädsla för biverkningar. Exempelvis för att de hört andra som fått biverkningar.

3.1: Patientinformation kring förväntade biverkningar, statistik mm.
3.2: Långsam upptrappning av statiner, och uppföljning.
3.3: Erbjud kombinationsbehandling vid intolerans av statin i tillräcklig dos. Erbjud vidare remiss vid fortsatt otillräcklig effekt.

4. Blodprovspaketet är ej utformade för att optimera utredning vid tex årskontroller.	4.1. Se igenom blodprovspaketet. 4.2. Utbilda personalen i blodprovspaketet.
---	---

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/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 snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med diabetes typ 2 som har statin</i>	67%	5/2-24 – 31/12-24	75%	Medrave	31/12-25
Indikator 2	<i>Andel patienter med diabetes typ 2 med LDL < 2,6</i>	43%	5/2-24 – 31/12-24	70%	Medrave	31/12-25
Indikator 3	<i>Andel patienter med diabetes typ 2 med LDL > 2,9 (högriskpatienterna)</i>	23%	5/2-24 – 31/12-24	10%	Medrave	31/12-25
Indikator 4	<i>Andel patienter med diabetes typ 2 som saknar värde</i>	24%	5/2-24 – 31/12-24	10%	Medrave	31/12-25

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 fikaummet, 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/verktyslada-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.

Förslag 1: Mall/formulär som vi skapar inför besök med kolesterolvärde för patienter med diabetes typ 2. Separata mallar för läkarbesök och ssk/dsk-besök.

Formulär för läkare:

- Blodprover
- Läkemedelsbehandling
- Planering
- Erbjudna tid hos diabetessjuksköterska för info/råd

Formulär för sjuksköterska:

- Information
- Råd
- Planering

Förslag 2:

Utforma broschyr till patienter, kring risker med höga blodfetter i samband med diabetes typ 2.

Förslag 3: Få till rutiner för väntelistor/kallelse för årskontroll till diabetessjuksköterska respektive läkare 1 gång/år, och att dessa kontroller ska vara separerade i tid ca 6 månader.

Förslag 4: Planera utbildningsdagar för kollegiet

Förslag 5: Erbjudna tider för livsstilssamtal hos sjuksköterska

Förslag 6: Ta fram rutiner vid start av statinbehandling, exempelvis broschyr till patienten.

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

Föreläsningar via APC?

- Update omvårdnad: Att förebygga hjärt-kärlsjukdom (ssk, usk)

DEL 2 – Slutredovisningen
(dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

Indikator 1	Andel patienter med diabetes typ 2 som har statin	74%	1/1-24 – 31/12-24	75%	76%	Medrave	1/1-25 – 31/12-25
Indikator 2	Andel patienter med diabetes typ 2 med LDL < 2,6	50%	1/1-24 – 31/12-24	70%	66%	Medrave	1/1-25 – 31/12-25
Indikator 3	Andel patienter med diabetes typ 2 med LDL > 2,9 (högriskpatienterna)	21%	1/1-24 – 31/12-24	10%	19%	Medrave	1/1-25 – 31/12-25
Indikator 4	Andel patienter med diabetes typ 2 som saknar värde	20%	1/1-24 – 31/12-24	10%	10%	Medrave	1/1-25 – 31/12-25

Övriga kommentarer:

Vi har ändrat på startdatum perioden till att inkludera hela året då flera faktiskt går på årskontroller redan i januari. Vi har därför också uppdaterat procentsatsen på startläget till att reflektera datumet från 1/1-24.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att patienterna uppskattar att bli kallade till sina årskontroller. Det har också blivit tydligt att det tar tid att både skapa nya rutiner, införa dem och sedan upprätthålla dessa. En positiv överraskning var den goda följsamheten till insättning av statiner, som var bättre än förväntat. Dessutom har vi fått mer kunskap kring blodfetter, riskskattning och behandling. Vi har också analyserat indikator 3 (*Andel patienter med diabetes typ 2 med LDL > 2,9 (högriskpatienterna)*) mer ingående. Var god se texten nedan för förklaring samt se bilaga 1 för diagram.

När det gäller patienter med högt LDL som inte står under behandling, är den mest framträdande orsaken att patienten tackar nej till statiner, vilket står för 7 fall. Den näst vanligaste faktorn är "oklar anledning" (4 fall) där vi inte hittar orsaken till att patienterna inte fått behandling. Det noteras även enstaka fall där patienten har ett gränsvärde, har på eget bevåg bestämt att avsluta behandling, att ärendet sköts av en annan enhet eller att uppföljning skett efter kontrollperioden.

För patienter med högt LDL som står under behandling, är bilden något annorlunda. Här är den vanligaste orsaken att läkemedelsinsättning har gjorts men inga uppföljande prover har tagits (10 fall). Tätt följt av detta är att uppföljning sker efter kontrollperioden (9 fall). Bristande compliance är också betydande orsak med 8 fall. Det finns även 3 fall där läkemedelsjustering gjorts utan uppföljande prover och 3 fall med oklar anledning till att patienten inte lämnat kontroll prover efter insättning/justering av läkemedel. Endast 1 patient i denna kategori har ett gränsvärde.

I båda grupperna (patienter med högt LDL med och utan behandling) ser vi att totalt 15 patienter tackat nej eller haft bristande compliance till sin behandling. Detta kan bero på biverkningar, rädsla för statiner samt bristande information om biverkningar och nyttan av läkemedlet.

Vi har också tittat extra på indikator 4 (Andel patienter med diabetes typ 2 som saknar värde) där vi nått vårt mål men vill ändå veta varför denna grupp inte lämnat provet. Den vanligaste anledningen är att det ligger "utanför kontrollperioden" (7 fall). Andra frekventa orsaker inkluderar att det "missats av läkare", att ärendet "sköts av annan enhet / tagit prover på annan enhet" samt att patienten "ej lagd på kallelselista för diabetesårskontroll", alla med 4 fall vardera. Enstaka fall beror på att patienten avbokar årskontroll eller att det rör sig om en ny-diagnos. Se bilaga 1 för diagram.

Sammanfattningsvis pekar data på behovet av förbättrade uppföljningsrutiner, särskilt vid läkemedelsinsättning och justering för patienter som redan är under behandling. Dessutom framhävs vikten av att adressera patientens inställning till statiner i den obehandlade gruppen och att säkerställa att patienter inkluderas i kallelselistor för att undvika saknade provsvar.

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 använt kunskap från patienter under förbättringsarbetet genom att bland annat implementera riskskattning som ett verktyg för att informera och motivera patienter till behandling. Dessutom har vi tagit fram en broschyr med mer information om vad patienten själv kan göra samt om läkemedelsbehandling. Arbetet har strävat efter att öka patienternas delaktighet genom att vi har efterfrågat feedback på kallelsesystemet, vilket har visat sig vara mycket uppskattat av patienterna.

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.

Vår plan framåt är att fortsätta med de rutiner som har implementerats och att bibehålla kallelsesystemet, då dessa har visat sig vara framgångsrika. Vi kommer även att ha ett sista möte med kollegorna för att summera kvalitetsarbetet och de förändringar det har medfört. Vi kan också bli ännu bättre på att utbilda patienterna på varför de ska påbörja behandling och risker med höga LDL-värden.

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 **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") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

