

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Lipidbehandling hos patienter med diabetes typ 2

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Sophiahemmet Husläkarmottagning	Namn på er Informationsapotekare -
Verksamhetschef Andreas Erlandsson	Verksamhetschefens e-post Andreas.erlandsson@sophiahemmet.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Lena Sanderoth	Kontaktpersonens e-post Lena.sanderoth@sophiahemmet.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.slso@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.slso@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: Lena Sanderoth Profession: ST-läkare 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:

Lena Sanderöth, ST-läkare
Emma Arfwedson, diabetessjuksköterska
Sofie Andersson, diabetessjuksköterska
Märtha Lagercrantz, specialist i allmänmedicin

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

B: Genom patientcentrerade samtal kan vi väcka patienternas eget intresse för deras hälsa och fånga deras inställning till kolesterolvärden och statinbehandling.

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 med diabetes typ 2 löper 2-4 gånger högre risk för kardiovaskulär sjukdom jämfört med personer med normal glukostolerans. Därför är det viktigt att kontrollera och vid behov behandla de riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom som vi har möjlighet att påverka. Det finns nya riktlinjer som kommer från European Society of Cardiology (ESC, 2023) med tydligare riktlinjer för kardiovaskulär riskskattning hos diabetespatienter och LDL-målvärden för olika riskgrupper.

Vid genomgång av våra diabetespatienter i medrave m4 och NDR (nationella diabetesregistret) tycker vi oss se en förbättringspotential vad gäller kontroll av LDL-värdet som del av kardiovaskulär prevention. Vi har knappt 650 patienter med diagnos diabetes mellitus typ 2, varav ca 460 finns med i det nationella diabetesregistret.

I NDR ser vi att andelen av våra patienter med lipidsänkande läkemedel ligger över snittet i Region Stockholm, men under snittet i riket. Andelen diabetespatienter med LDL <2,5 (äldre riktvärde från de nationella riktlinjerna 2018, som används som kvalitetsmarkör i NDR) ligger under snittet för både riket och Region Stockholm.

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.

Lipidkontroll och behandling med lipidsänkande läkemedel vid typ 2 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-forbatteringstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra typ 2 diabetespatienter för att minska deras risk för hjärtkärlsjukdom. Vi vill att så många patienter som möjligt

- Regelbundet kontrolleras för sina kolesterolvärden
- Att husläkaren gör en bedömning kring målvärde av LDL
- Att patienterna vid behov av lipidsänkande läkemedel får detta ordinerat

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-forbatteringstrappa/>

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: Det är många saker som ska gås igenom på diabetesårsbesöken, det blir lätt så att något missas.

1.1: Diabetessjuksköterskorna som också träffar patienterna kan flagga för läkaren om LDL-värdet ser misstänkt högt ut
1.2: Tydlig dokumentation i journalen kring aktuellt målvärde för LDL och anledning till att man inte har uppnått detta, ex att patienten inte vill ha statiner

2: Proverna för årsbesöken beställs inför besöket, men vi kontrollerar som rutin enbart LDL-kolesterol, vilket gör att man inte kan fylla i riskskattningsformuläret

2.1: Ha en rutin kring kontroll av hela kolesterolpaketet om patienten inte än insatt på lipidsänkande läkemedel.
2.2: Läkaren skriver i journalen när nästa kompletta provtagning ska ske, vilket blir ett stöd för vilka prover som beställs när diabetessköterskorna kallar patienten.

3: Patienter tackar nej till behandling med statiner på grund av oro för biverkningar, eller har haft upplevda biverkningar tidigare.

3.1: Information från läkare och diabetessjuksköterska om möjliga biverkningar och möjligheter att byta preparat vid besvärande biverkningar.

4: Läkare behandlar LDL-värden utifrån de gamla riktlinjerna (från 2018)

4.1 Utbildning av läkarna kring de nya riktlinjerna

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 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	Nuläge = Startläge	Datum för startläge	Mål	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel diabetespatienter med lipidsänkande läkemedel	59% (2024)	Jan 2025	80%	NDR	Dec 2025
Indikator 2	Andel diabetespatienter med LDL <2,5	54% (2024)	Jan 2025	70%	NDR	Dec 2025
Indikator 3	Medelvärde av LDL hos våra diabetespatienter	2,5 (2024)	Jan 2025	2,3	NDR	Dec 2025

Kommentar:

Datakälla: Nationella diabetesregistret.

När vi började titta på siffrorna i början på januari 2025 var inte alla värden från 2024 inlagda i systemet. Det kan bidra till felaktig statistik.

Målvärdet för indikator 1 är satt att vara 10%-enheter bättre än vad vi i nuläget åstadkommer.

Målvärdet för indikator 2 är riktvärdet enligt Svensk förening för diabetologi.

Målvärdet för indikator 3 är satt utifrån medelvärdet av LDL bland diabetespatienter i Region Stockholm 2023 och 2024.

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-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?

- *Kartlägga våra diabetespatienter och få fram vilka som inte uppfyller LDL-målen genom sökningar i Medrave4.*
- *Lyfta vikten av kardiovaskulär prevention hos diabetespatienter bland våra sköterskor och läkare genom föreläsningar. Uppdatera läkarna kring de nya riktlinjerna under föreläsning.*
- *Lämna ut patientlistor till alla läkare så att de får en överblick på sina diabetespatienter och vilka patienter som inte verkar uppfylla LDL-målen.*

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)

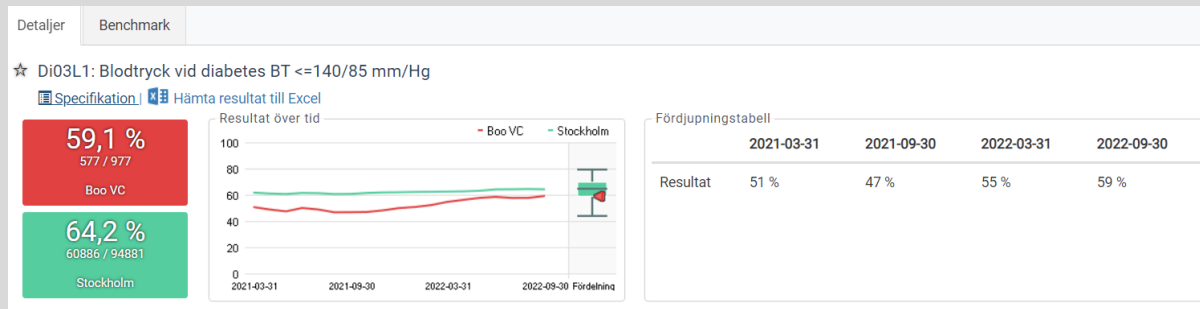
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

Under början av året hölls en föreläsning för läkargruppen respektive sjuksköterskegruppen. Föreläsningen lyfte vikten av kardiovaskulär prevention hos diabetespatienter, samt informerade om de nya riktlinjerna kring LDL-värden från European Society of Cardiology. Genom sökningar i Medrave4 skapades patientlistor med aktuella LDL värden som sorterades efter husläkare. Dessa listor delades ut till husläkarna för att ge en överblick över patientgruppen och lyfta fram de patienter som inte uppfyllde målen. Läkarna uppmanades att lägga extra vikt vid LDL-mål under årets diabetesårskontroller.

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	Startläge (% 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 lipidsänkande läkemedel	73% (2024)	Jan 2025	80%	74%	NDR	Dec 2025
Indikator 2	Andel diabetespatienter med LDL <2,5	54% (2024)	Jan 2025	70%	63%	NDR	Dec 2025
Indikator 3	Medelvärde av LDL hos våra diabetespatienter	2,5 (2024)	Jan 2025	2,3	2,4	NDR	Dec 2025

Övriga kommentarer:

Vid start av förbättringsarbetet i januari 2025 visade statistiken i NDR att andelen diabetespatienter med lipidsänkande läkemedel år 2024 låg på 59%-enheter. Nu har denna siffra ändrats till 73%-enheter för 2024, vilket kan bero på att inte all data var inhämtad till registret vid den första avläsningen av statistiken.

För samtliga indikatorer har det skett en förbättring under 2025 jämfört med 2024, även om inte målnivån har uppnåtts för någon av indikatorerna.

På samma sätt som i januari 2024 kan statistiken bli felaktig av att inte all data ännu har rapporterats in för det gångna året.

Av erfarenhet vet vi också att LDL inte alltid kontrolleras om efter förändring av lipidsänkande behandling. Nästa provtagning sker ibland först vid nästa årskontroll. Därför kan ytterligare förbättring av indikator 2 och 3 släpa till nästa års statistik.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att det kan ge positiva resultat att belysa förbättringsbara områden och uppdatera personal kring aktuella behandlingsriktlinjer.

Vi tror också att patientlistor med aktuella LDL-värden och information kring behandling med lipidsänkande läkemedel gav läkargruppen bättre förutsättningar för att hitta de patienter som behövde extra översyn. Därigenom ökade chanserna för att insatsen skulle ge så hög nytta som möjligt.

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?

Under föreläsningarna med personalgrupperna diskuterades mötet med patienter samt potentiella fallgror för behandling; oro för biverkningar och patienter som autoseponerar behandling utan att informera behandlande läkare. Detta belystes för att försöka främja information till och samtal med patienter, och att därigenom öka patientens delaktighet i vården.

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.

Genom presentation av resultaten vill vi ytterligare en gång lyfta vikten av behandling och visa att kollegornas ansträngning har haft en positiv inverkan.

Diabetesgruppen med läkare och sjuksköterskor arbetar fortlöpande med förbättring av diabetesvården på husläkarmottagningen, och om något år skulle en förnyad patientlista kunna skapas för att se vilka patienter som behöver extra översyn.

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.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.