

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Statinbehandling- Diabetes typ 2

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn Skogås Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Katarina Dee
Verksamhetschef Annica Johansson	Verksamhetschefens e-post annica.johansson@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Jenny Svärd	Kontaktpersonens e-post Jenny.svard@capio.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 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 arbetsätt). 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: Jenny Svärd (vi har ändrat kontaktperson då tidigare kontaktperson Alexandra Palm har gått på föräldraledighet)

Profession: distriktssköterska

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:

Enass Alminawi, ST-läkare
Alexandra Palm, sjuksköterska
Jenny Svärd, distriktssköterska

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

B: Vi planerar att göra patienterna delaktiga genom att under besöket hos läkare och sjuksköterska fråga om de har några önskemål eller avsaknad av information. För att säkerställa vilken information patienter behöver för bättre motivation och compliance att inta statiner om behov finns.

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 med fokus på LDL.

337 av 709 patienter uppnår ett LDL under 2.6. Endast 59 % står på statiner i dagsläget jämfört med Stockholm 68,8 %.

Senaste riktlinjer avseende LDL-målvärde hos patienter med diabetes typ 2 efterföljs bristfälligt på vårdcentralen. Detta vill vi komma till rätta med. Vår bedömning är att läkare och sjuksköterskor behöver uppdateras om behandlingsmålen för att minska risken att patienter drabbas av hjärt- och kärlkomplikationer.

-Vi vill att våra listade patienter med diabetes typ 2 ska ha ett dokumenterat LDL värde som de ska uppnå.

- Vi vill att patienter ska bli medvetna om varför det är viktigt med bra reglerat LDL.

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.

Statinbehandling hos patienter med diabetes typ 2, fokus på LDL målvärde.

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:

- Bidra till en minskad risk för kardiovaskulära följsjukdomar hos patienter med diabetes typ 2, genom förbättrad prevention och behandling.
- Öka andelen patienter med typ 2-diabetes som får sitt LDL-värde aktivt uppmärksammat och dokumenterat vid besök.
- Öka antal patienter som behandlas med statiner som har diagnosen diabetes typ 2. Samt att de ligger under 2.6 i LDL- värde.
- Öka förståelse av fördelarna av statinbehandling i prevention av hjärt-kärlsjukdomar hos patienter med diabetes typ 2.
- Öka kunskap hos personal om vikten av bra reglerat LDL värde. Vikten av att individanpassa LDL-värde utifrån patientens riskprofil.
- Skapa en rutin för att säkerställa att patienter med diabetes typ 2 hamnar i målvärdet LDL och att hela vårdcentralen arbetar utifrån samma riktlinjer.

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/>

1: Felaktig tolkning av provsvar (om provet ligger inom referensintervall enligt Karolinska lab) dvs enda upp till 5,3 kommer det stå att prover ligger på normala värden, men är i själva verket för högt utifrån riskprofil.

2: Bristande kunskap om riktlinjerna och uppföljning.

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/>

1:1 Skapa ny rutin och säkerställa att all personal arbetar utifrån den.

1.2: Uppmärksamma LDL-värdet- provsvar.

1.3: Informera på tvärprofessionellt möte med läkare och sjuksköterskor.

2.3: Ta upp patientärenden på diabetesrond

2.1: Internutbildning

2.2: Informera, ha tvärprofessionellt möte med läkare och sjuksköterskor.

2.3: Skapa ny rutin för ett strukturerat arbetssätt

3: Patienter upplevs ofta negativa till insättning, dålig compliance till statiner p g a felaktig eller bristfällig information.

3.1: Information vid besök sjuksköterska/läkare
 3.2: Lämna ut broschyr: *Blodfetter* (från hjärt- och lungfonden) under besök
 3.3: Vid behandlingsavbrott återinsätta statiner igen. Informera/uppprepå information till patient. Reda ut varför patient slutat, tex biverkningar?

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 T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diabetes typ 2 som behandlas med statiner	59 %	2025-01-01	75%	MEDR AVE	2026-01-01
Indikator 2	Andel patienter med diabetes typ 2 som uppnår målvärde LDL enl MedRave <2,6	337 *	2025-01-01	390 patienter	MEDR AVE	2026-01-01
Indikator 3						T.ex. dec 2025
Indikator 4						T.ex. dec 2025
Indikator 5						T.ex. dec 2025

Kommentar (valfritt):

*Siffrorna har justerats då vi i det första utkastet är osäkra på hur sökningen gjordes, vi fick inte fram samma siffror när vi sökte igen. Startläget baseras nu på siffror mellan 2024-01-25 och 2025-01-25. För att sedan kunna göra en ny sökning inför förbättringsarbetets avslut 2026-01-25.

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 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.

Planera:

-Utbilda/gå igenom målvärde LDL utifrån riskprofil. Gå igenom rutiner och målsättningar. Sjuksköterske-/läkarmöte + tvärprofessionellt möte där vi går igenom vår plan med förbättringsarbete.

-Gå igenom MedRave listan på de patienter som ligger på LDL över 2,6. Granska journal. Varför står patienten ej på statiner? Konsultera PAL eller ta upp på diabetesrond, därefter åtgärda och utvärdera. MedRave listan delas upp på alla diabetesköterskor beroende på vem som är ansvarig för patienten.

-Skapa en tydlig rutin, tanken är att minska listan med patienter som ej står på statin-behandling och som ej uppnår sitt LDL-målvärde.

-Regelbundet följa upp hur det går med hjälp av MedRave, jämföra mot start-hur ligger vi till?

-Följa upp regelbundet för att se att arbetet fortlöper enligt plan.

Göra:

- Vi tycker att vi håller oss bra till planen. Vi går igenom kontrollistor från Medrave, kallar de patienter med diagnosen diabetes typ 2, som ej står på statiner och/eller som har ett LDL värde över 2,6.

-Vi har en öppen dialog mellan sjuksköterskor och läkare där vi kan bolla tips och idéer mellan samtliga yrkeskategorier.

Vi har kommit fram till att patienter som nyligen har träffat diabetessjuksköterska eller läkare inom 6 månaders period från startdatum men där man har missat att sätta in statinbehandling kontaktas via chatt. Detta för att informeras om vårt förbättringsarbete och att vi uppmärksammat att hen inte uppfyller ett bra LDL-värde. De som inte godkänt digital vårdkontakt får hem information via brev och följs upp med nya prover inför eventuell insättning statinbehandling.

Vi har frångått den initiala planen att ansvarig diabetessköterska skulle kontakta, följa upp patienten då det var svårt rent logistiskt (då måste varje journal granskas innan patientlistan delas upp). Därför delade vi patientlistan från MedRave i 3 lika stora delar.

Studera:

Vi upptäckte att det tog längre tid att vad vi trodde att få upp antalet patienter som ligger på LDL värde <2,6, dock en snabbare ökning i andel patienter som börjat med statinbehandling. Vi tänker att det kan bero på att man ej hunnit utvärdera effekten av statinbehandling, alltså patienter ej hunnit komma och lämna nya prover efter insättning statinbehandling. Vilket då resulterar i att allt fler står på behandling men att LDL värdet ej har sjunkit. Vi har märkt att olika läkare rekommenderar olika tidsintervall från behandlingsstart till utvärdering med prover.

Vi har också märkt att många patienter är negativa till statiner. Även dålig compliance trots att vi informerar både muntlig och skriftligt är många negativt inställda.

Agera:

Som vi tidigare har noterat i kommentarsfältet ovan för indikatorn 1 och 2, behövde vi ändra siffror för nuläge/startläge, då vi missat att notera hur vi initialt gjort sökningen i Medrave, från och till datum. Vi bestämde oss då för att ändra datum och skriva upp hur vi gjort sökningen för att inte glömma bort. En annan orsak till att datumet ändrades var att det var enklare att jämföra ett resultat på ett helår, då resultatet speglar antal patienter mellan de specifika datumen och blir det felaktigt om den ena sökningen är på 10 månader och den andra 12 månader.

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 har beställt flera broschyrer från hjärt- och lungfonden "Blodfetter" till specialistmottagningar och läkare för att lättare informera och involvera patienterna.

Vi har haft utbildning och diskussioner om aktuella riktlinjer vad det gäller LDL- målvärden på personalmöten. Visat score- verktygen som finns online samt i pappersform.

Uppmärksamma LDL-värdet vid diabeteskontroll hos SSK och boka rond med läkaren vid avvikande svar och vid osäkerhet kring individuella LDL-mål. Påtalat vikten att dokumentera målvärde i patientens journal. Vi har via vår RMC fått LDL-målvärde som ett sökord i diabetesmallen.

Vi har gått igenom kontrollistor i MedRave och kallat de patienter som ligger över 2,6 i LDL. Dock många

Vi har under tvärprofessionellt möte med sjuksköterskor och läkare visat upp statistik hur vi ligger fram tills nu (senast var i november/december). Att se att vi gör skillnad var något som togs emot positivt och ökade motivationen att fortsätta.

Indikator 5							<i>T.ex. dec 2025</i>
Övriga kommentarer:							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
<p>Vi har granskat journaler och observerat att samtliga patienter på listan i Medrave har blivit uppmärksammade av oss, vilket vi är nöjda med. Dock är denna patientgrupp ofta komplex och rätt stor patientgrupp hos oss uteblir eller avbokar sina besök. En del patienter tar inte sina uppföljande prover, vilket då gör det svårt att utvärdera effekten av statiner.</p> <p>Trots att vi inte uppfyllde våra uppsatta mål så känner personalen att detta förbättringsarbete ökat kunskapen och noggrannheten kring ett viktigt ämne. Vi har skapat rutiner, ökat patientens delaktighet. Genom mer tydlig och pedagogisk information till patienter motivera dem att påbörja statinbehandling. Om vi tar oss tid att förklara risker med höga LDL-värden ökar sannolikheten att de börjar och fortsätter behandlingen.</p> <p>Vi nyttjar de verktyg som finns för riskbedömning (score-2). Vi delar ut broschyr från hjärt- och lungfonden till de patienter som vill lära sig mer.</p>							
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?							
<p>Vid varje möte med enskild patient lyfter vi vikten av att behandla höga blodfetter. Vi upplever att det kan vara svårt att motivera patienterna att påbörja läkemedelsbehandling, många patienter tar del av negativ information om statiner via internet och sociala medier.</p> <p>Men att ta sig tid och lyssna på patienten och vara tydlig om varför de är viktigt med statiner (hos de flesta diabetiker), upplever vi att det gör patienten mer positivt inställd till statinbehandling. Många visar patienten Score-2 skalan, där det blir mer konkret om patienten hamnar på grön, gul eller röd risk. Den är pedagogisk och ger en grund för fortsatta samtal kring detta ämne.</p> <p>Även patientbrevens "behov av statiner" och "inget behov av statiner" är pedagogiska, där patienter i lugn och ro kan läsa igenom hemma.</p> <p>Vi har även sett att många patienter läser sina provsvar på 1177 och blir då glada när de ser vilken effekt statiner givit. Om patienterna blir informerade muntligt och via journal vilket LDL-mål de har, så kan de även följa sina provsvar själva, vilket många patienter uppskattar. För många räcker det med en låg dos statin för att de ska uppnå LDL-målet.</p>							
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 upplever att vi är på god väg. Genom att uppmärksamma detta ämne och få konkret statistik på hur dåligt vi låg till innan, har gett oss lärdom att vi inte gjorde tillräckligt. Vi har nu blivit mer medvetna och det är något sjuksköterskor och läkare nu tillsammans arbetar med.							

Genom uppdaterade rutin hoppas vi att det kommer bli lättare att jobba med detta och därmed se till att fler ligger på bra LDL- nivå. Vi har genom detta arbete även insett att andra patientgrupper med ökad risk för hjärt- och kärlhändelser (men utan diabetes) också behöver ses över aktivt på alla årskontroller.

En annan reflektion är att förbättringsarbetet drogs igång i februari/mars, vilket har gjort att åtgärderna som vidtagits för att förbättra våra LDL inte har hållt igång riktigt ett år. Vår förhoppning är därför att om vi gör en ny sökning i mars 2026 från mars 2025, så har vi uppnått vårt mål. Därför fortsätter vi att arbeta vidare med detta.

Vi är nöjd med utförandet. Alla patienter har fått information via chatt, brev eller bokade på besök. Dock har det tagit mycket läkartider då många med höga LDL blivit inbokade till läkare för samtidig årskontroll och ställningstagande till behandling. Många av besöken har hamnat på våren 2025 och hösten 2025 då vi inte utför årskontroller under sommarmånaderna, vilket med fördel hade kunnat varit mer utspritt under hela året istället. Samtidigt har det varit välbehövligt eftersom många av våra patienter har haft för höga LDL- värden.

Vi har i sökningen noterat att patienter med höga LDL över 2.9 (som låg på röd nivå i Medrave) har minskat från 23 % till 15 % från start till slut, vilket också ger oss en indikation att vi är på väg åt rätt håll.

Vi kommer att fortsätta bevaka våra kontrollistor i Medrave för att säkerställa att vi bibehåller arbetssättet. På våra QPI-ronder (som vi har regelbundet alla sjuksköterskor och läkare) kommer vi även lyfta upp LDL och diabetiker som ett avsnitt, för att säkerställa att vi fortsätter detta arbetssätt.

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

Lokal rutin, Capio Vårdcentral Skogås

Diabetesmottagning

SYFTE

- Kvalitetssäkrad och individanpassad vård för patienter med **Diabetes typ 2** med eller utan andra kardiovaskulära riskfaktorer
- Uppnä vårdcentralens **QPI-mål**

METOD

- Diabetessköterska bevakar **kontrollistan** i MEDRAVE för att fånga upp patienter som tidigare fått diabetesdiagnos men som ej förnyats senaste 11 månaderna.
- Diabetessköterskan bevakar **patientsammanställningen** i MEDRAVE för att fånga upp patienter som är dysreglerade i sina riskfaktorer eller saknar registrerade mätvärden senaste 11 månaderna
- Att om möjligt kommunicera digitalt genom **VIK** (Vårdgivar-initierad-kontakt) för att kunna hantera många ärenden samtidigt och standardiserat
- Använda mallen för diabetes.
- Diabetessköterska kontrollerar att det finns ett dokumenterat **individanpassat målvärde** för HbA1c, blodtryck och LDL-kolesterol.
- Patienten kallas till fysiskt besök med diabetessköterska eller läkare minst en gång årligen med fastande blodprover, längd och vikt samt urinprov inför besöket. Prover inför årskontroll: F-glukos, HbA1C, Kreatinin, Kalium, Kolesterol, Alb/Krea-U. Blodstatus (om patient står på blodförtunnande), TSH+ T4 (om patient står på Levaxin).

Diabetessköterskans uppgift innan bokning

- Diabetessköterska bokar årskontroll till läkare och vid behov EKG inför besöket.
- Ser över patientens följsamhet till medicinering och gör en läkemedelsgenomgång av diabetesmedicinering innan ev läkarbesök om hen har patienten hos sig
- Diabetessköterskan uppmärksammar också behovet av statiner

Årskontroll läkare.

- Nylistade och nydebuterade patienter
- Patienter <40 år, speciellt om nylistade
- Sköra multisjuka patienter med polyfarmaci
- Patienter med HbA1c > 70

Läkarens uppgift vid årskontrollerna

- Läkare ska sätta målnivå för HbA1c, LDL och blodtryck samt sätta upp behandlingsplan.
- Läkaren ska också gärna använda oss av Diabetesmallen där man även dokumenterar årsdebut och EKG.
- Inte nödvändigt med fotstatus.
- Ansvarar också för att uppdatera till rätt diagnoskoder om patienten har komplikationer relaterade till diabetesdiagnosen.

Det kan vara av värde att diskutera med husläkaren om det är behov att boka en nydebuterad patient som inte är nylistad, är över 40 år, väsentligen frisk för övrigt och med ett relativt "lågt" HbA1c och utan misstanke om autoimmun diabetes eller insulinbrist.

Patienter som följs av läkare på annan mottagning, exempelvis typ 1 diabetiker på sjukhuset eller på sköra individer på vårdboende kan avmarkeras i MEDRAVE så att de inte kallas till årlig kontroll.

BEDÖMNING

- Diabetessköterska kontrollerar att patienten uppfyller riskfaktorernas målvärde (Använd Score2- diabetes för riskbedömning)
- Diabetessköterska dokumenterar röningsvanor.
- Bedömer och dokumenterar diabetiska mikrovaskulära komplikationer (ögonbottenundersökning, fotstatus, njursvikt/proteinuri)
- Bedömer och dokumenterar historik av diabetiska makrovaskulära komplikationer (ischemisk hjärtsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom eller perifer kärlsjukdom)
- Efterhör om eventuella symtom/tecken på andra diabetesrelaterade komplikationer (allmänpåverkan, andnöd, bröstsmärta, oregelbunden hjärtrytm, erektil dysfunktion, magbesvär, infektioner, sår, munhälsa)

RISKBEDÖMNING

SCORE2-Diabetes. Ett särskilt anpassade riskinstrument för patienter med diabetes i ålder 40–69 år. Score-2 skattar risken för kardiovaskulär händelse inom 10 år, det vill säga kardiovaskulär händelse (hjärtinfarkt/stroke) eller kardiovaskulär död.

Riskklass	Ålder 40–69 år
Mycket hög	>20%
Hög	10- <20%

Måttlig	5- <10%
Låg	<5%

SCORE2-OP (Older People) används på personer i åldersgrupp 70–89 år.

Individens LDL- målvärde bör sättas i samråd med PAL eller vid diabetesrund. Ska sedan dokumenteras under rätt sökord. I Take Care diabetesmall, ligger under *omvårdnads mål-> Målvärde LDL*.

PLANERING

- Vid välreglerade riskfaktorer och utan komplikationer kan läkare förnya recept utan läkarbesök och patienten följs upp av diabetessköterska om ett år
- Även vid en välreglerad patient kan det vara värde att boka ett läkarbesök inklusive EKG var 2–3 år
- Vid lättare avvikelser från målet kan diabetessköterska ge levnadsvaneråd eller justera Metformin och insulin utifrån delegation och följa upp efter 3–6 månader
- Vid patient med nytillkomna komplikationer eller dysreglerade riskfaktorer rekommenderas tätare besök av både läkare och diabetessköterska
- Diabetesdiagnos med eller utan komplikationer och diagnoser för samsjuklighet registreras varje gång i samband med vårdkontakt

Rutin kring Graviditetsdiabetes

- De kvinnor som under graviditeten behandlats med Insulin eller Metformin där behandlingen antingen pågår eller har satts ut, ska kontrolleras inom 3 månader och därefter fortsatt regelbundet årligen eller enligt individuell bedömning.
- Kvinnor som utvecklat graviditetsdiabetes eller en nedsatt glukostolerans, men där glukosnivån har normaliserats med kostbehandling ska följas upp inom ett år och därefter fortsatt regelbundet årligen eller enligt individuell bedömning.
- Vid varje besök gör sköterskan (eventuellt i samråd med läkare) en individuell bedömning kring fortsatt uppföljningsintervall.

Patientbrev: Inget behov av statiner

I nuläget är dina blodfetter sådana att man rekommenderar livsstilsråd i första hand och inte behandling. Vi räknar ut 10-årsrisken för hjärt/kärl-händelser (dvs hjärtinfarkt, stroke och blodproppar) med hänsyn tagen till ålder, kön, blodtryck, rökning och kolesterolvärden (dvs blodfetter). En av faktorerna som påverkar risken för hjärt/kärl-händelser är alltså ålder, så med tiden kommer du att få högre riskpoäng och då kan blodfettssänkande behandling bli aktuellt. Men man kan också sänka sin risk med hjälp av livsstilsfaktorer.

Den största riskfaktorn av alla - för hjärtinfarkt, KOL och cancer - är rökning. Om du röker så är ett absolut rökstopp det absolut bästa du kan göra för din kropp. Övriga saker man själv kan göra för att minska risken för hjärtinfarkt och stroke är viktreduktion om man är överviktig, samt att motionera. Lagom med rörelse är ca 30 minuters pulshöjande aktivitet, exempelvis en promenad som gör dig varm i kläderna, dagligen.

När det gäller kostråd för att minska risken för hjärtat så brukar man rekommendera: **Mer:** Grönsaker och rotfrukter, frukt och bär. Fiberrika alternativ om du äter bröd och pasta. Oljor, mjukt och flytande matfett. Fisk och magert kött.

Mindre: Fet ost och grädde, feta desserter. Hårda matfetter som smör och margarin. Feta charkuterierprodukter och rött kött. Socker, snacks, kaffebröd och godis.

Om du har några frågor är du välkommen att kontakta oss på vårdcentralen. Lycka till!

Patientbrev: Behov av statiner

När du var här togs det prover och de visade att du har förhöjda blodfetter på en nivå som förutom livsstilsråd kräver behandling. Vi räknar ut 10-årsrisken för hjärt/kärl-händelser (dvs hjärtinfarkt, stroke och blodproppar); med hänsyn tagen till ålder, kön, blodtryck, rökning och kolesterol. Enligt beräkningarna har du behov av behandling för att sänka blodfetterna för att minska dina risker på kort och lång sikt. Behandling med blodfettssänkande mediciner har i stora studier visat sig minska risken för hjärtinfarkt och stroke med 20-30% och gör att man lever längre, varför vi rekommenderar att du påbörjar behandling.

Jag förskrivit ett recept på blodfettssänkande medicin som du kan hämta ut och börja med redan idag. Vi börjar med en liten dos Atorvastatin, ett nyare preparat som har färre biverkningar än de blodfettssänkande man oftast använde förr, och du ska ta 1 tablett dagligen. Dosen kan behöva höjas framöver. Som alla läkemedel kan Atorvastatin ge biverkningar, men de vanligaste är övergående på ett par veckor, t.ex. förstoppning, ledvärk och huvudvärk. Skulle du mot förmodan få allergi eller någon besvärande biverkning kan du sluta ta tabletten och höra av dig, i så fall får vi överväga att byta tablett. **Kom tillbaka om ca 6 veckor för ny kontroll av blodfetterna för att se så de sjunker enligt plan.**

Den största riskfaktorn av alla för hjärtinfarkt, KOL och cancer är rökning. Om du röker så är ett absolut rökstopp det absolut bästa du kan göra för din kropp. Övriga saker man själv kan göra för att minska risken för hjärtinfarkt och stroke är viktreduktion om man är överviktig, samt motion.

När det gäller kostråd för att minska risken för hjärtat så brukar man rekommendera: **Mer:** Grönsaker och rotfrukter, frukt och bär. Fiberrika alternativ om du äter bröd och pasta. Oljor, mjukt och flytande matfett. Fisk och magert kött.

Mindre: Fet ost och grädde, feta desserter. Hårda matfetter som smör och margarin. Feta charkuteriprodukter och rött kött. Socker, snacks, kaffebröd och godis.

Hör av dig till vårdcentralen om du har några frågor eller funderingar. Receptet finns på apoteket. Du kan komma och lämna dina uppföljande prover om sex veckor på labbets drop-in valfri vardag mellan klockan 08:00 -10.30, provet tas på fastande mage.

Provsvaret kan du läsa via 1177, om något behöver följas upp meddelar vi dig via vår digitala plattform.