

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Kyrkby Husläkarmottagning (Prima vård/Lideta)	
Verksamhetschef Andreas Lenander	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: Läkemedelsgenomgång

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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2022**. 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 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

DEL 1 – Planen

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.

Förbättringsteamet:

Kajsa Elfström, medicinsk sekreterare, särskilt insatt i MedRAVE

Sudaba Bhuyan, Specialist i Allmänmedicin

Andreas Lenander, Specialist i Allmänmedicin och verksamhetschef.

Kontaktadress: dr.andreas.lenander@gmail.com

Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Kyrkby Husläkarmottagning (Prima vård/Lideta)	
Verksamhetschef Andreas Lenander	Aktnummer (ifylles av HSF)

Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför? Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja 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>

Täby kyrkby HLM har generellt sett goda resultat gällande kvalitetsindikatorer inom behandling av flertalet kroniska sjukdomar – så som hypertoni, förmaksflimmer, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, genomgången TIA/Stroke, Astma/KOL, diabetes typ 2 och psykisk ohälsa. Vi har återkommande fått mycket goda omdömen i NPE och ligger där konsekvent över snittet jämfört med både riket och regionen.

Vid genomgång av indikatorer från PrimärvårdsKvalitet ser vi dock att det är en förhållandevis hög andel äldre som under det senaste året på Täby kyrkby HLM förskrivits läkemedel som anses olämpliga i den åldersgruppen. Det är även en relativt låg andel av våra 75+ patienter som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång. Hur det står sig i jämförelse med andra mottagningar har vi tyvärr inte haft möjlighet att få fram uppgifter om.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Under 2022 ämnar vi arbeta med att öka andelen äldre patienter där fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs och dokumenteras. Vi kommer även följa hur detta påverkar andelen patienter i den gruppen som står på läkemedel som ej rekommenderas till äldre enligt Primärvårdsindikator ÄLD-01.

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient-verksamhets- och samhällsnivå)

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra äldre patienter då icke-rekommenderade läkemedel till denna grupp har visat sig ge en ökad risk för både sjukhusinläggning och komplikationer. För individen innebär det av förklarliga skäl en risk för försämrad hälsa, men det finns även stora samhällsvinster att göra om antalet undvikbara inläggningar kan reduceras.

Steg 4 Specifika delmål– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

Våra mål är att på följande punkter förbättra resultaten i enighet med de rekommendationer som finns gällande läkemedelsförskrivning till den aktuella gruppen.

1) Öka andelen äldre patienter som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång under 2022.

2) Minska andelen äldre patienter som står på läkemedel tillhörande gruppen icke-lämpliga enligt primärvårdsindikator ÄLD-01.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Kyrkby Husläkarmottagning (Prima vård/Lideta)	
Verksamhetschef Andreas Lenander	Aktnummer (ifylles av HSF)

De ovan beskrivna målen ska uppfyllas genom ett gemensamt arbete mottagningen och planen är att uppfylla dessa under tidsperioden 2022-01-01 till 2022-12-31.

Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:
<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>
- Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).

a.

De förbättringsidéer vi har gällande detta arbete är enligt nedan:

- Vid minst fyra läkarmöten under året diskutera den aktuella patientgruppen med fokus på läkemedelsgenomgångar.
- Vid minst tre personalmöten under året lyfta frågan med hela personalstyrkan, detta då flera personalkategorier medverkar i kontakten med denna patientgrupp och även tar emot information gällande receptförnyelse, mm.
- Genomgång av aktuella läkemedelsrekommendationer via apotekare som kommer ut till mottagningen och informerar om detta.
- Kvartalsvis ha en avstämning gällande hur vi som mottagning ligger till gällande detta arbete och därmed kunna lägga mer fokus på det om vi noterar att vi ej förbättrat i adekvat utsträckning.

b.

- För den aktuella patientgruppen är det naturligtvis viktigt att återkommande få information gällande aktuella läkemedelsrekommendationer och de risker man löper om man frångår detta. Det är även av mycket stor vikt att man som patient vet vilka läkemedel man står på för att optimera compliance. Att lyfta detta via fördjupad läkemedelsgenomgång tror vi kommer öka möjligheten till förståelse hos patienterna och därmed öka det aktiva deltagandet i deras behandling.

Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta 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	Datum för att uppnå målvärdet
T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka					

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Kyrkby Husläkarmottagning (Prima vård/Lideta)	
Verksamhetschef Andreas Lenander	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 1	<i>Andel äldre patienter (75+) som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång i journalen</i>	16,1% (144 av 893 st patienter)	220101	30%	Med-rave	221231
Indikator 2	<i>Andel äldre patienter (75+) som står på läkemedel som anses olämpliga enligt primärvårdsindikator ÄLD-01</i>	20%	220101	<15%	Med-rave. Primärvårdskvalitet.	221231

Kommentar (valfritt):

Andelen patienter 75+ som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång är till synes låg utifrån data från 2021. En tänkbar förklaring till att den är så pass låg som 16,1% kan vara att vi befinner oss i en pågående pandemi och antalet patienter i den gruppen som besökt mottagningen är lägre än normalt, då många velat skjuta på sina årliga besök.

Källor där vi hämtar data:

Primärvårdskvalitet, Medrave.

Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:
forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Inför arbetet tog vi upp frågan kring läkemedelsgenomgångar samt olämpliga läkemedel för äldre på ett flertal personalmöte. Vi har sedan återkommande under året lyft detta på både personalmöten samt läkarmöten för att påminna om det pågående arbetet och vikten av att gå igenom detta. Repetition är en väldigt viktig faktor i vidmakthållandet av nya arbetssätt, då personal inom samtliga yrkeskategorier annars har en tendens att återgå till hur man brukar göra saker.

För att underlätta för den personal som träffade patienterna så beslutade vi under andra halvan av året att sekreterare gick igenom samtliga bokade årskontroller för patienter 75+ och kontrollerade om de stod på något läkemedel som ansågs olämpligt. För de patienter där så var

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Kyrkby Husläkarmottagning (Prima vård/Lideta)	
Verksamhetschef Andreas Lenander	Aktnummer (ifylles av HSF)

fallet lades det in en kommentar i bokningen om att göra läkemedelsgenomgång och att patienten hade ett eller flera sådana preparat. Detta för att ytterligare påminna om vikten av att göra en läkemedelsgenomgång och sanera läkemedelslistan, i den mån det var aktuellt, från preparat som bedömts som olämpliga.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	<i>Andel äldre patienter (75+) som har en dokumenterad fördjupad läkemedelsgenomgång i journalen</i>	16,1% (144 av 893 st patienter)	220101	30%	25,8%	Med-rave	221231
Indikator 2	<i>Andel äldre patienter (75+) som står på läkemedel som anses olämpliga enligt primärvårdsindikator ÄLD-01</i>	20%	220101	<15%	18,7%	Med-rave. Primär vårdskvalitet.	221231

Övriga kommentarer:

Vi lyckades inte nå hela vägen till de mål vi satt upp men det arbete som gjorts visar ändå på en positiv utveckling.

Vi ökade andelen äldre med en dokumenterad läkemedelsgenomgång signifikant, från dryga 16% till nästan 26%. Det är fortfarande en bit ifrån det mål vi satte upp men en tydlig förbättring jämfört med utgångsläget.

Vi reducerade även andelen äldre som står på läkemedel som anses olämpliga, även om denna reduktion var lägre än önskat. En delförklaring till detta kan vara att vi ökade det totala antalet patienter 75+ från 893 till 971 patienter.

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. 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.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Täby Kyrkby Husläkarmottagning (Prima vård/Lideta)

Verksamhetschef
Andreas Lenander

Aktnummer (ifylles av HSF)

1.

Det är tydligt att detta är något som vi fortsatt kommer behöva jobba vidare med då andelen äldre med läkemedel som anses olämpliga fortfarande ligger på en något hög nivå. Vi hade en positiv utveckling första halvan av året men data uthämtat under hösten visar att vi åkte tillbaka till ursprungsläget under juli/augusti. Detta illustrerar vikten av att kontinuerligt arbeta med förbättringsåtgärder för att hålla dem aktuella och därmed uppnå tillfredställande resultat. Insatsen vi gjorde under hösten med att sekreterarna gick igenom de kvarvarande bokningar för årskontroller och lade in en kommentar om läkemedelsgenomgång, hade en tydlig positiv effekt och är något vi kommer försöka fortsätta med för att ytterligare förbättra våra resultat.

2.

Det viktigaste under detta arbete har naturligtvis varit att dels gå igenom läkemedelslistan för aktuella patienter, men också ha en diskussion med patienten för att gå igenom för- och nackdelar med olika preparat. Detta för att öka compliance och göra individuella avvägningar kring vilka patienter som trots allt ska kvarstå på vissa preparat, och vilka som ska justeras.

3.

Vi kommer fortsatt lyfta denna fråga kring läkemedel för äldre på personalmöten samt läkarmöten. Vid behov kommer vi även upprepa insatsen med genomgång av sekreterare inför årskontroller, för att ytterligare påminna och poängtera vilka patienter som står på olämpliga läkemedel och som kan vara i behov av revidering.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se