

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn <i>Capio vårdcentral Viksjö</i>	
Verksamhetschef <i>Maria Areblad</i>	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: Läkemedelsdokumentation

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 del1 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.

Henrik Hallberg, specialist i allmänmedicin och MAL henrik.hallberg@capio.se

Svante Stål, specialist i allmänmedicin

Malin Sandgren, distriktssköterska / ersättare

Anna Axelsson, sjuksköterska

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

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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn <i>Capio vårdcentral Viksjö</i>	
Verksamhetschef <i>Maria Areblad</i>	Aktnummer (ifylles av HSF)

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>

Användningen av läkemedel är ett viktigt inslag i det medicinska omhändertagandet av patienter med olika sjukdomstillstånd. Många läkemedel är potenta och kan vid felaktig användning (olämpliga doser, ogynnsamma kombinationer etc.) orsaka mer skada än nytta. Det är därför viktigt att det i journalen tydligt framgår vilka läkemedel patienten använder och i vilka doser. Vi har vid upprepade diskussioner bland läkare och sjuksköterskor uppmärksammat att de läkemedelslistor som idag finns i många patienters journaler inte alltid är helt aktuella. Orsakerna kan vara flera (tidsbegränsade behandlingar som skrivits in som tillsvidareordinationer, dosändringar och avslutade behandlingar som dokumenterats i journaltexten men inte i läkemedelslistan, förskrivningar från vårdgivare som ej arbetar i Take Care osv.). En uppdatering av läkemedelslistorna i Take Care skulle ge bättre överblick och minska risken för ogynnsamma effekter av medicineringen (biverkningar, interaktioner etc.). Framför allt gäller detta för våra äldre patienter som ofta använder flera läkemedel och samtidigt är känsligare för biverkningar och interaktioner på grund av sviktande organfunktioner. Ett inte ringa antal äldre vårdas varje år ineliggande på sjukhus då de drabbats av bieffekter av sina mediciner.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Säkrare läkemedelsbehandling genom förbättrad dokumentation.

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

Vi vill få en bättre överblick i våra läkemedelslistor som skall vara uppdaterade och aktuella.

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.

- *Öka antalet genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter 75 år och äldre. Under 2021 journalfördes 126 sådana läkemedelsgenomgångar, målet för 2022 är minst 200.*
- *Minska antalet patienter som 221231 på sin läkemedelslista har 20 läkemedel eller mer (stående eller vid behov) till <10.*
- *Minska antalet patienter som på sin läkemedelslista har 10 läkemedel eller mer (stående eller vid behov) med störst fokus på patienter 75 år och äldre. Avstämning görs 221231.*
- *Minskning av "olämpliga" läkemedel för patienter 75 år och äldre till genomsnittsnivå för Capio (220430 är genomsnittsvärdet 13,22 DDD per vårdkontakt (direkt/indirekt) och år)*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn <i>Capio vårdcentral Viksjö</i>	
Verksamhetschef <i>Maria Areblad</i>	Aktnummer (ifylles av HSF)

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](#).

- Vi har på läkarmöte bestämt att under det kommande året lägga extra kraft på att uppdatera läkemedelslistorna för att göra aktuell läkemedelsbehandling mer överskådlig.
 - Vid varje läkarbesök bör några minuter ägnas åt läkemedelslistan. Inaktuella läkemedel skall sättas ut och vid nyföreskrivning av läkemedel aktivt ställningstagande till om ordinationen skall vara tidsbegränsad eller tillsvidare.
 - Läkemedelsgenomgångar skall göras i högre utsträckning.
 - En tanke är också att med hjälp av Medrave 4 aktivt eftersöka patienter med många läkemedel på listan och erbjuda dem läkemedelsgenomgång.
 - Sjuksköterskan på äldremottagningen skall också engageras genom att inhämta patienternas uppgifter om vilka läkemedel de tar och jämför detta med läkemedelslistan i journalen.
 - För att hålla detta arbete levande skall månadsvisa avstämningar av indikatorerna presenteras för läkare och sjuksköterskor.

- När patienter kallas till läkarbesök skall de uppmanas ta med lista på vilka läkemedel de använder och gärna alla förpackningar (burkar, kartonger etc.)

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 processmåten, 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 T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (antal)	Datum/period för startläge	Mål (antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn <i>Capio vårdcentral Viksjö</i>	
Verksamhetschef <i>Maria Areblad</i>	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 1	<i>Antal genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar på patienter 75 år och äldre</i>	<i>126</i>	<i>210101-211231</i>	<i>200</i>	<i>M4</i>	<i>221231</i>
Indikator 2	<i>Antal patienter 75 år och äldre med 10 eller fler läkemedel på läkemedelslistan</i>	<i>190</i>	<i>211231</i>	<i>100</i>	<i>M4</i>	<i>221231</i>
Indikator 3	<i>Antal patienter med 10 eller fler läkemedel på läkemedelslistan</i>	<i>445</i>	<i>211231</i>	<i>300</i>	<i>M4</i>	<i>221231</i>
Indikator 4	<i>Antal patienter med 20 eller fler läkemedel på läkemedelslistan</i>	<i>17</i>	<i>211231</i>	<i><10</i>	<i>M4</i>	<i>221231</i>
Indikator 5	<i>Antal DDD "olämpliga" läkemedel till patienter 75 år och äldre per vårdkontakt (direkt/indirekt) och år</i>	<i>14,14</i>	<i>220131</i>	<i>13,22</i>	<i>M4</i>	<i>221231</i>

Kommentar (valfritt):

Punkt 1 -- Antal genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar (KVÅ XV016) tas fram via M4.

Punkt 2-4 -- Avser punktprevalens 221231.

Punkt 5 -- Mäts som totalt antal DDD per vårdkontakt (direkt/indirekt) och år

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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn <i>Capio vårdcentral Viksjö</i>	
Verksamhetschef <i>Maria Areblad</i>	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har löpande under året på läkarmöten diskuterat våra patienters läkemedelslistor och uppmanat till läkemedelsgenomgångar. Vi har med jämna mellanrum följt upp aktuellt läge för de indikatorer vi valt att arbeta med.

En komplikation har varit stor omsättning bland läkarna, 20 olika läkare har under året tjänstgjort på vårdcentralen. Den bristande kontinuiteten har gjort att det varit svårt att få till stånd en bred samsyn där alla arbetar på likartat sätt. Det har också blivit missar i registreringen av läkemedelsgenomgångar då alla läkare inte varit helt införstådda med att särskild KVÅ-kod måste registreras.

Dessutom har sjuksköterskan som ansvarade för vår äldremottagning slutat under året.

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	Antal genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar på patienter 75 år och äldre	126	210101-211231	200	120	M4	221231
Indikator 2	Antal patienter 75 år och äldre med 10 eller fler läkemedel på läkemedelslistan	190	211231	100	198	M4	221231
Indikator 3	Antal patienter med 10 eller fler läkemedel på läkemedelslistan	445	211231	300	414	M4	221231
Indikator 4	Antal patienter med 20 eller fler läkemedel på läkemedelslistan	17	211231	<10	19	M4	221231
Indikator 5	Antal DDD "olämpliga" läkemedel till patienter 75 år och äldre per vårdkontakt (direkt/indirekt) och år	14,14	220131	13,22	12,21	M4	Dec -22

Övriga kommentarer:

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Capio vårdcentral Viksjö

Verksamhetschef

Maria Areblad

Aktnummer (ifylles av HSF)

De fördjupade läkemedelsgångarna är fler än vad som redovisas då vi vet att det brustit i registreringer. Det är dock oklart hur stort bortfallet är.

Antalet recepttrader på läkemedelslistorna (indikatorerna 2-4) tycks inte ha förändrats i någon större utsträckning men det finns en osäkerhet kring vad värdena i Medraves Multipharmerapport egentligen visar då det vid jämförande granskningar mellan resultat från Medrave och läkemedelslistan i journalen ibland framkommer uppenbara skillnader (exempelvis hittas i Medrave en patient som uppges ha 22 generiska läkemedel, i journalens läkemedelslista finns dock endast 17 preparat).

När det gäller förskrivningen av "olämpliga" läkemedel till äldre har vi lyckats bättre än målsättningen vilket bedöms vara en direkt effekt av vårt arbete med läkemedelslistorna.

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.

1.
Förbättring av läkemedelslistor är ingen quickfix, ett kontinuerligt och uthålligt arbete krävs. Kontinuitet och samsyn bland förskrivarna underlättar detta arbete. Eftersom läkemedelslistan är gemensam för ett stort antal enheter är många förskrivare involverade vilket innebär uppenbara svårigheter att få till stånd en enhetlighet. För att hela tiden ha en uppdaterad läkemedelslista krävs därför att man vid i princip varje patientkontakt ägnar en stund åt läkemedelslistan. De utfallsmått vi valt att använda för våra indikatorer tycker vi inte avspeglar den subjektiva uppfattningen att läkemedelslistorna har blivit mer överskådliga.

2.
Genomgång av läkemedelslistan tillsammans med patienten ökar delaktigheten och förståelsen för medicinens effekt och varför den behövs för att behandla sjukdomstillståndet.

3.
En korrekt läkemedelslista ger ökad patientsäkerhet och vi kommer att fortsätta arbetet med att uppdatera läkemedelslistorna genom att vid patientbesöken aktivt efterfråga vilka mediciner patienten faktiskt använder. Vid medicinförskrivning skall också ställning tas till om ordinationen är tidsbegränsad eller tills vidare. De utfallsmått vi valt avspeglar enligt vår uppfattning inte resultatet och vi behöver fundera kring annat sätt att mäta.

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