

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: *STROKE*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Skogås Vårdcentral	
Verksamhetschef Annica Johansson	Verksamhetschefens e-post Annica.Johansson@caphio.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Marie Brunesson Profession: Sjuksköterska  E-post: <a href="mailto:marie.brunesson@caphio.se">marie.brunesson@caphio.se</a>
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidosjövård, det kan bli sårbart.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Ajla Topcagic, Distriktsläkare Alexandra Palm, Sjuksköterska Marie Brunesson, Sjuksköterska Jonas Åsbrink, Psykolog

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

B:  
Patienterna kommer kallas via telefon, chatt och brev.  
Skapa ett formulär angående patientens psykiska mående och följsamhet och förståelse av sin läkemedelsbehandling.  
I detta formulär finns frågor om patientens psykiska (o)hälsa som kan ligga till grund för att hänvisa vidare patienten till psykosociala teamet.  
Patienten tar med detta formulär till mottagningsbesöket och detta lämnas in till projektgruppen.

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Ett förbättringsarbete börjar 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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Uppföljning av strokepatienter.

- Jobba förebyggande, övervakning av riskfaktorer, förhindra återinsjuknande.
- Följa upp följsamhet till läkemedel, långtidseffekter och kvarstående men som kan förhindra omvårdnad, följsamhet till medicinering och livsstilsförändringar.
- Uppföljning av psykiskt mående.

### **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.

Stroke/TIA

**Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

**Formulera här era mål:**

-Skapa rutin på vårdcentralen och förbättra uppföljningen av patienter som genomgått TIA/stroke - läkarbesök/sköterska/årskontroll

-Sköterskan använder sig av MEDRAVE och statistik för att kalla patienter till läkare eller sjuksköterska. Patienter som inte träffat läkare senaste 18 månaderna kallas. Statistiken följs upp regelbundet.

- Uppföljning kan bidra till ökad livskvalité, ökad välbefinnande/mående och vi kan fånga upp patienter som har en begynnande depression och vidta åtgärder tidigt för att förhindra försämring i måendet. Detta kan i sin tur leda till minskat antal av andra besök som patienten söker för och som eventuellt är kopplade till genomgången Stroke tex. Depression, smärta, återinsjuknande, minnessvårigheter.

#### Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Ingen rutin: För närvarande finns ingen rutin för att följa upp strokepatienter.

1.1: Skapa rutin  
1.2: Följa upp statistik i MEDRAVE och kalla patienter som inte träffat läkare senaste 18 månaderna. Kallas till antingen läkarbesök eller sjuksköterskebesök  
1.3: Uppmärksamma nya TIA/stroke patienter som behöver uppföljning hos psykosociala teamet

2: Statintäckning hos patienter med genomgången TIA/stroke kan bli bättre (se nedan för siffror)

2.1: Optimera statinbehandling hos de patienter som blivit kallade till läkarbesök eller sjuksköterskebesök  
2.2:  
2.3:

3: Vi har bristfällig överblick över psykisk ohälsa hos TIA/Strokepatienter

3:1: Screena med frågeformulär innan besöket för psykisk ohälsa hos patienter som kallas till läkare eller sjuksköterska för uppföljning

#### 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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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 snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

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 ”balanserrande 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Patienter med TIA/stroke diagnos och som inte träffat läkare eller sjuksköterska senaste 18 månaderna	34 patienter	24-03-14	15 st	MED RAVE	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Antal patienter med stroke som behandlas med statiner sedan 18 månader	129	24-03-14	140	MED RAVE	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Antal patienter med behov av hänvisning till psykosociala teamet efter läkar- eller sköterskebesöket	0	24-03-14	10	MED RAVE	2024-12-31
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

**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 fikarummet, 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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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?

**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.**

Två sjuksköterskor från arbetsgruppen avsätter 30 minuter per vecka för att gå igenom

Medrave. Initialt planeras avsättas 60 minuter de första tre veckorna start av projektet

En inventering utförs i Medrave utifrån indikatorerna som skall följas upp.

Återbesök: Kallelse skickas ut till patienten gällande återbesök om ej träffat läkare eller

sjuksköterska på vårdcentralen senaste 1,5 åren. Sjuksköterskorna i projektet kommer att göra en bedömning om patienten kommer att kallas till läkare eller sjuksköterska.

Under återbesöket kommer denna mall finnas som stöd /riktlinje-for-uppföljning-efter-stroke-och-tia-post-stroke-checklistan2023.pdf

Statiner: En inventering/ journalgranskning gällande behandling med statiner kommer att göras på patienter med TIA/ischemisk stroke. De patienter som inte behandlas med statiner, kommer sjuksköterskorna i projektet att ta upp på rond med PAL.

Uppföljning av psykosociala teamet för patienter som fångas upp via screeningen

### **Göra**

Teamet kommer att involveras på APT i samband med start och fortlöpande för att informera och involvera läkare- och sköterskegruppen samt att input om synpunkter, förbättringsförslag osv.

### **Uppföljning:**

En gång i månaden kommer statistik dras ut från Medrave för att de om det kommer att insatserna kommer att ha någon effekt

**Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1**

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 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 2024 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto: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



	över 70 mmol/mol						
<b>Indikator 1</b>	Patienter med TIA/Stroke diagnos och som inte träffat läkare eller sjuksköterska senaste 18 månaderna	34	2024-01-01	15	29	Medrave	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Antal patienter med stroke som behandlas med statiner sedan 18 månader	129	2024-01-01	140	155	Medrave	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Antal patienter med behov av hänvisning till psykosociale teamet efter läkar- eller sköterskebesöket	0	2024-01-01	10	1	Medrave	2024-12-31
<b>Indikator 4</b>							T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>							T.ex. dec 2024
<b>Övriga kommentarer:</b>							



## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Många patienter följs på redan på diabetes-, Astma/KOL-, hjärtsvikts- eller hypertoni-mottagningen. Om man vid dessa besök valt att sätta diagnosen TIA/stroke så försvinner de från listan i MEDRAVE under raden "patienter som inte fått diagnosen senaste 18 månaderna". Vid dessa mottagningar görs adekvat uppföljning med relevant provtagning och undersökning.

Vi har lärt oss att information om vårt projekt och föreläsningar har lett till ökat insikt om vikten av lipidsänkande behandling hos riskpatienter och föranlett till ett förbättrat samarbete med ovan nämnda mottagningar. Det innebär att man med fördel bör diskutera dessa frågor på t.ex. läkarmöten, APT/tvårprofessionella möten framöver.

Det inträffar sporadiskt att en sjuksköterska som sitter i chatten tar emot receptförfrågningar på läkemedel vid TIA/stroke. Vid dessa kontakter vårdkontaktregistrerar och sätter sköterskan TIA/strokedagnos och därmed försvinner från kontrollistan i MEDRAVE. Vi misstänker att det är väldigt få patienter som faller i denna kategori.

Det framkom att ca 15 patienter följs på andra specialistmottagningar t.ex. hjärt-och kärlmottagning där man gör adekvat utredning och uppföljning av patienten. Dessa patienter ligger kvar på listan i MEDRAVE i 5 år men markeras som "kontrollerade" "fått uppföljning".

För två till tre månader sedan beställde vår verksamhetschef en tjänst från medicinska sekreterare som granskade patienters journal och diagnosförde och vårdkontaktregistrerade patienter med bl.a. diagnoserna TIA/stroke. Om patienten fått någon form av uppföljning där man berörde diagnosen ansåg man att diagnosen var relevant och efterregistrerades därför. Detta kan ha påverkat antalet patienter i vår kontrollista och vårt resultat.

Under arbetsprocessen introducerades ett nytt digitalt verktyg som heter ALMA på datorerna som bland annat uppmärksammar patienter som behöver men saknar statiner. Detta kan potentiellt leda till att vi lättare kan upptäcka patienter som saknar behandling med statiner.

Gällande indikator 3 och antal patienter med behov av hänvisning till psykosociala teamet efter läkar- eller sjuksköterskebesöket uppnåddes inte målet. Däremot när vi undersökte patienter som haft kontakt med psykosociala teamet samt hade TIA/stroke diagnos upptäckte vi att det skett en förändring mellan 2024-01-01 och 2024-12-31. I början av året hade psykosociala teamet träffat totalt 8 patienter som diagnosticerats med TIA/stroke, och i slutet av året hade psykosociala teamet träffat totalt 20 patienter. Troligtvis har förbättringsarbetet bidragit till att patienter med TIA/stroke erbjuds bedömningsamtal/samtalsbehandling hos psykosociala teamet.

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?

I frågeformuläret så undersöker vi om patienter vet varför de behandlas för de läkemedel de fått vid TIA/stroke. Detta frågeformulär används som diskussionsunderlag vid läkarbesöket. Utifrån detta har vi kunnat identifiera patienter som behöver mer information om TIA/stroke samt information om läkemedel för att förbättra följsamheten till behandling. Vi har också diskuterat med patienten anledningar till att de är skeptisk/avstår behandling. Vi har noterat att många patienter reagerar negativt på behandling med statiner. Det har framkommit att många patienter har förutfattade meningar kring statinbehandlingar. Många är rädda för biverkningar. I dessa fall är det viktigt att patient får rätt och relevant information, både muntligt och skriftligt, så att patienterna kan ta ett informerat beslut kring deras vård.

I samtal med patienter framkom att patienterna som tidigare fått TIA/stroke diagnos har upplevt psykiska besvär någon gång i efterförloppet. Många av dessa rapporterar att de psykiska besvären försvunnit över tid och/eller att de i dagsläget inte önskar eller har behov av samtalskontakt.



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 kommer fortsätta arbeta utifrån den rutin vi skapat. Vi kommer fortsätta diskutera rutinen kring TIA/stroke patienter regelbundet i sköterske- samt läkargruppen. Vi ska även följa upp statistiken gällande patienter som får kontakt med psykosociala teamet och har TIA/stroke diagnos. Om vi ser att statistiken förändras till det sämre, det vill säga att färre patienter med TIA/stroke diagnos får kontakt med psykosociala teamet, kommer detta följas upp och diskuteras vid APT.

Överlag är vi nöjda med resultatet även om vi inte är har nått alla mål gällande indikatorerna. Vi tror att om vi följer rutinen så kommer vi nå dessa mål.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2 t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2"** och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan [forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbättringsarbeten.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"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.