

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Polyfarmaci

Information om husläkarmottagningen	
Stureplans vårdcentral	
Verksamhetschef: Linda Lillgård	linda.lillgard@stureplansvardcentral.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Linda Lillgård
Profession: Verksamhetschef
E-post: linda.lillgard@stureplansvardcentral.se

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 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 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Mats Gavatin, ST-läkare

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

B: Intervjuer med patienter. Dessa kan göras vid det uppföljande besöket hos SSK då patienterna ska fylla i formulär.

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?

Polyfarmaci, som brukar definieras som användningen av fler än fem läkemedel, är ett vanligt tillstånd hos äldre patienter. Även om polyfarmaci ibland kan vara nödvändigt medför det även stora risker såsom ökad risk för svårförutsägbara interaktioner och biverkningar, minskad compliance och minskad livskvalitet.

Vid läkemedelsgenomgångar med patienter är det vanligt att bara stämna av med patienterna vilka läkemedel som används och sätta ut inaktuella läkemedel. Att gå igenom läkemedlen i läkemedelslistan och aktivt ta ställning till att sätta ut dem eller förändra dosering är något som görs betydligt mer sällan. Indikationen för läkemedlen kan ha upphört, läkemedelsdosering kan behöva anpassas efter en långsamt sjunkande njurfunktion, riktlinjer kan ha förändrats och nya läkemedel med mindre bieffekter kan ha kommit på marknaden.

Vi har på vår vårdcentral 141 patienter som är 75 år eller äldre som står på minst 10 läkemedel. Av dessa patienter har endast 5% haft en registrerad fördjupad läkemedelsgenomgång.

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.

Polyfarmaci

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vårt mål är att öka andelen fördjupade läkemedelsgenomgångar hos våra äldre patienter och därmed minska polyfarmacin, i förlängningen hoppas vi att det leder till färre biverkningar, ökad livskvalitet och förbättrad compliance.

Mer konkret planeras att minst 80% av våra patienter som är 75 år eller äldre och har 10 eller fler läkemedel ska ha en fördjupad läkemedelsgenomgång.

<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</p>					
<p>1: Tidsbrist/lågt prioriterat</p>	<p>1.1: Informera våra medarbetare om projektet och uppmana våra läkare att göra fördjupade läkemedelsgångar hos våra äldre patienter. 1.2: 1.3:</p>					
<p>2: Rädsla för att sätta ut läkemedel som är insatta av annan läkare</p>	<p>2.1: Att som läkare sätta av extra tid vid behov 2.2: 2.3:</p>					
<p>3:</p>	<p>3.1: Ha en lista med patienter som ingår i projektet som kan kryssas av löpande 3.2: Regelbundna avstämningar 3.3:</p>					
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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? <p>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.</p> <p>Länk till ”Familj av mått” som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>						
<p>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.) APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/</p> <p>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.</p>						
	<p>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka</p>	<p>Nuläge = Startläge (% eller antal)</p>	<p>Datum/period för startläge</p>	<p>Mål (% eller antal)</p>	<p>Källa (t.ex. Med-rave)</p>	<p>Datum för att uppnå målvärdet</p>

Indikator 1	<i>Andel av våra äldre patienter (75år+) med minst 10 läkemedel som haft en fördjupad läkemedelsgenomgång.</i>	5 %	2024-02-28	80 %	Medra ve	2025-01-31
Indikator 2	<i>Andel som behandlas med zopiklon av alla patienter 75år+ som har sömnläkemedel</i>	60 %	2024-02-28	Mindre andel än startläget	Medra ve	2025-01-31
Indikator 3	<i>Antal patienter (75år+) med minst 10 läkemedel</i>	141	2024-02-28	70	Medra ve	2025-01-31

Kommentar (valfritt):
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 dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Planera: Det planerade upplägget i stort är som följer: Informera medarbetare om förbättringsarbetet på tex läkarmöten och APT. Varje läkare har en lista med patienter som ingår i projektet som vi kan kryssa av allteftersom projektet fortlöper. Vid läkemedelsgenomgången får patienterna även fylla i ett PHASE20- och ett EQ-5D-formulär (formulär över symtom som är potentiella läkemedelsbiverkningar respektive formulär som mäter livskvalitet). Om det görs justeringar i läkemedelslistan får patienten komma på återbesök hos sköterska eller läkare 2-4 veckor senare och fylla i ett nytt PHASE20- och EQ-5D-formulär.

Efter feedback på del 1 beslutades att lägga till en indikator (äld004) och ta bort de två formulären som indikatorer.

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

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 projektets gång har vi haft som mål att öka antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar hos patienter 75 år och äldre som har minst tio läkemedel i sin läkemedelslista samt att försöka minska andelen äldre med sömnläkemedel som tar zopiklon. Vår utgångspunkt har varit att varje läkare ska ansvara för sina patienter och utföra en systematisk genomgång enl socialstyrelsens föreskrifter, nämligen:

- Kontrollera att det finns en indikation för läkemedlet
- Värdera behandlingseffekt
- Bedöma hur doseringen av läkemedlet förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner
- Utvärdera om läkemedlets biverkningar, risken för biverkningar eller risken för interaktioner är större än nyttan med läkemedlet
- Nyttan med läkemedlet i förhållande till patientens övriga läkemedel och behandlingar värderas

Vad vi gjort: Vi tog fram en lista över alla patienter som uppfyller kriteriet (75+ år och ≥ 10 läkemedel) i Medrave. Vår ambition var att sortera listan efter ansvarig läkare, men det visade sig inte vara möjligt i det aktuella systemet. Istället fick vi en osorterad total lista, vilket försvårade arbetet för respektive läkare att enkelt se vilka av deras patienter som behövde en genomgång. Vi övervägde möjligheten att manuellt bryta ned listan per ansvarig läkare, detta visade dock vara väldigt tidsödande och inte riktigt görbart i praktiken.

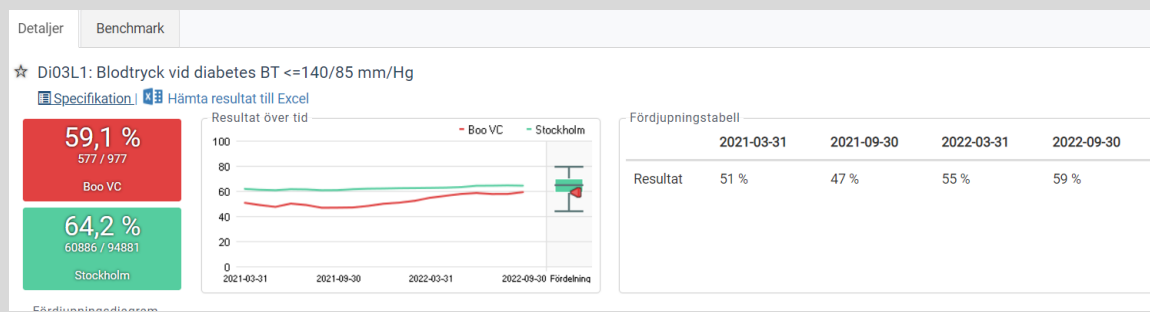
Vi påminde samtliga läkare om att målpatienterna skulle genomgå en fördjupad läkemedelsgenomgång och att äldre med sömnläkemedel skulle ses över och om möjligt sätta ut zopiklon. Projektet togs upp både muntligen (t.ex. vid läkarmöten) och skriftligen via interna meddelanden. Vid påminnelserna har det dock missats lite att trycka på att varje läkemedelsgenomgång ska KVÅ-kodas vilket gör att statistiken inte speglar det faktiska arbetet. Vi inser nu vikten av återkommande utbildning och uppföljning, samt att ge konkret stöd i hur, var och när KVÅ-koden ska läggas in.

Hur vi gjorde det: Vi försökte integrera fördjupade läkemedelsgenomgångar i de ordinarie besöken när patienterna kom på årskontroll, eller uppmanade läkarna att sätta av tid vid behov. Läkarna uppmuntrades att använda socialstyrelsens föreskrifter som checklista för att systematiskt gå igenom varje läkemedel, bedöma fortsatt indikation och eventuellt behov av dosjustering. Det visade sig dock att genomgångarna tog betydligt mer tid än förväntat och nästan omöjliga att hinna med inom ramen för ordinarie bokade besök. Vidare är det lätt att säga "sätt av tid vid behov" på planeringsstadiet, det är en annan sak att faktiskt hitta tid att sätta av som då måste tas någonstans ifrån. Läkarnas schema är redan pressat och tiden som skulle behövas sättas av motiveras inte alltid av vinsten av en djup läkemedelsgenomgång, framförallt hos välmående patienter som inte upplever biverkningar.

Vi pratade även om möjligheten att på förhand avsätta särskilda "läkemedelsgenomgångs-slots" i schemat för att säkra tillräcklig tid, t.ex. en förmiddag i månaden, då läkare kan fokusera på planerade läkemedelsgenomgångar utan stress från övrig mottagningsverksamhet. Detta blev i slutändan en prioriteringsfråga om vad tiden mest effektivt bör användas till och med nuvarande breda målgrupp bedömdes inte nyttan vara tillräckligt stor.

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	<i>Andel av våra äldre patienter (75år+) med minst 10 läkemedel som haft en fördjupad läkemedelsgenomgång.</i>	5 %	2024-02-28	80 %	10 %	Medrave	2025-01-31
Indikator 2	<i>Andel som behandlas med zopiklon av alla patienter 75år+ som har sömnläkemedel</i>	60 %	2023-12-31	Färre än startläget	60 %	Medrave	2024-12-31
Indikator 3	<i>Antal patienter (75år+) med minst 10 läkemedel</i>	141	2024-02-28	70	183	Medrave	2025-01-31

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Trots att vi inte uppnått de mål som sattes upp i början av projektet, har arbetet med läkemedelsgenomgångar för äldre patienter gett oss värdefulla insikter. Erfarenheten visar att genomgångarna tar längre tid än vad som hinns med på ett genomsnittligt patientbesök, samtidigt som god dokumentation (KVÅ-kodning!) är avgörande för resultatet. En annan lärdom är att en djup läkemedelsgenomgång inte per automatik medför nytta för patienten och att vår målgrupp sannolikt var för bred. Som med allt annat så får tiden/resurserna som krävs för detta vägas mot nyttan och det finns trots allt många äldre patienter som hade kunnat klara sig med en enkel läkemedelsgenomgång. Vi har även lärt oss vikten av att systematiskt inkorporera tiden som krävs redan vid bokningen och att involvera sköterskorna mer än vi gjort. Sist men inte minst så var en lärdom att det finns en anledning till att zopiklon bör undvikas för långtidsbehandling av sömnbesvär, nämligen att det är väldigt svårt att sätta ut och ofta oönskat av patienterna. Minskning av användandet av dessa läkemedel görs nog bäst genom att minska antalet nysättningar snarare än att försöka trappa ut det hos patienter som stått på dem i ett antal år och gärna vill ha kvar dem.

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?

En av kärnpunkterna i vårt arbete har varit att bättre förstå patienternas erfarenheter, synpunkter och eventuella problem kopplade till deras läkemedelsbehandling. Genom att involvera patienterna i processen strävar vi efter att fördjupade läkemedelsgenomgångar inte bara blir en administrativ åtgärd, utan också en meningsfull aktivitet för både läkare och patient. Den initiala tanken att använda formulär avskrev vi dock då det är en olämplig indikator, tidsödande och ofta inte speciellt uppskattat av patienterna. Istället valde vi att rätt och slätt fråga dem om deras mående, eventuella biverkningar och om de vet nyttan av läkemedlen. Möjligen kunde detta gjorts på ett mer systematiskt sätt. Patienterna var generellt positiva till läkemedelsgenomgångar, och även om det ofta var så att inga förändringar gjordes i läkemedelslistan så uppskattade patienterna att gå igenom läkemedlen och få det förklarad varför de är viktiga att fortsätta med. Detta stärker förhoppningsvis patientens egenmakt och förståelse, vilket i sin tur kan öka compliance och minska risken för oavsiktliga misstag.

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.

Vår plan framåt är ännu på diskussionsstadiet men några idéer vi har är att snäva ner målgruppen till patienterna som verkligen behöver en djup läkemedelsgenomgång, förslagsvis genom en viss poäng på PHASE-20 formulär. Vi pratar också om att på ett mer systematiskt sätt avsätta tid för fördjupade läkemedelsgenomgångar, så att läkarna inte behöver "klämma in" detta arbete i ordinarie besök. Detta behöver göras redan vid bokningen och för att lyckas med detta behöver vi använda oss av sköterskorna i större utsträckning än vi gjort. En annan idé är att tillsammans med kallelsen skicka ut frågor om patienternas läkemedel som de kan förbereda inför läkarmötet. Vi har också diskuterat att använda andra systemstöd eller manuella metoder för att på ett enkelt sätt skapa patientlistor per ansvarig läkare. Detta underlättar översikten och gör det möjligt för varje läkare att planera in genomgångar med sina patienter. Ytterligare saker som skulle förbättra följsamheten till projektet är att öka antalet avstämningar till åtminstone en gång i månaden för att se att alla håller sig till planen.

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 forbattringsarbeten.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.