

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: **Antibiotikaförskrivning i primärvården**

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Vendelsö Vårdcentral

Verksamhetschef
Lena Bäckström

Verksamhetschefens e-post
Lena.backstrom@regionstockholm.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 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.

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..

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.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn:
Daniel Björkbom, ST-läkare, daniel.bjorkbom@regionstockholm.se
Emelie Öberg, ST-läkare, emelie.oberg@regionstockholm.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: Susanna Graucob, sjuksköterska

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

B: Ej tillämbart

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?

Vi har fått indikation från STRAMA att vi, i förhållande till andra vårdcentraler inom regionen, överförskriver och/eller felbehandlar vanligt förekommande infektioner med onödigt breda antibiotikum som inte är förstahandsval enligt STRAMAs riktlinjer och rekommendationer.

I STRAMAs statistik, med utdrag från Medrave, framkommer procentuellt lägre andel förstahandsantibiotika, än regionsnittet, varpå kollegialt resonemang har förts kring potentiella orsaker/felkällor med önskan och ambition om bättre följsamhet till rådande behandlingsrekommendationer.

Utifrån resonemang och STRAMA-rapport med fördjupning gällande ciprofloxacin, där det framkommit såväl felaktig diagnossättning som felaktiga antibiotikaval, har samma resonemang förts kring doxycyklin då luftvägsinfektioner är ett, för arbetsplatsen, ytterligare sjukdomspanorama där procentuellt låga andel förstahandsantibiotika förekommer i statistiken.

Utifrån ovanstående bakgrund har vi valt att göra journalgranskning i Medrave utifrån samtliga förskrivningar av dessa preparat under 2023 och undersöka om felet ligger i att läkare har satt korrekt diagnoskod eller ej, samt huruvida behandlingen är korrekt sett till sjukdomsbilden.

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.

Vanliga primärvårdsinfektioner och antibiotikaförskrivning

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Målet med detta förbättringsarbete är att via undervisning och tydliga riktlinjer/PM minimera förskrivning av icke-förstahandsantibiotika samt eventuell överförskrivning i icke indicerade fall.

Detta för att minimera onödig antibiotikaanvändning och därmed minimera biverkningar av antibiotika såväl som resistensutveckling på både individ- och samhällsnivå.

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/verktygslada-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 verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Rekommenderat förstahandsval antibiotika ej förskrivet

1.1: Belysa problematiken
1.2: Korta tydliga riktlinjer/PM
1.3: Återkommande fortbildning

2: Fel val av fel ICD-kod i journalföring

2.1: Belysa problematiken
2.2: Korta tydliga riktlinjer/PM
2.3: Återkommande fortbildning

3: Patienten har komorbiditet som motiverar bredare antibiotikaval

3.1: Lokal behandlingskonferens i komplicerade fall /innan ev val av bred antibiotika om ej tydligt indicerat

4. Okunskap/bristande kunskapsläge

4.1 Utbildning/fortbildning

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 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/>

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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Antal ciprofloxacinrecept utfärdade vid cystitdiagnoser N30-N39 utan resistens/allergi mot förstahandsval</i>	17 st	2024.04.01	0	Medrave	<i>Dec 2024</i>
Indikator 2	<i>Antal doxycyklinföreskrivningar på fel indikation</i>	?	2024.04.01	0	Medrave och journalgranskning	<i>Dec 2024</i>
Indikator 3	<i>Antal ciprofloxacinföreskrivningar på fel indikation</i>	?	2024.04.01	0	Medrave och journalgranskning	<i>Dec 2024</i>
Indikator 4	<i>Antal doxycyklinföreskrivningar mot pneumoni hos patient med KOL</i>	?	2024.04.01	0	Medrave och journalgranskning	<i>Dec 2024</i>
Indikator 5	<i>Antal doxycyklinföreskrivningar mot bronkit J20x</i>	11 st	2024.04.01	0	Medrave	<i>Dec 2024</i>

Kommentar (valfritt):

Delmål med presentation av aktuellt läge en gång/kvartal på APT. Mätperioder: jan-mars, april-juni, juli-september, oktober-december. Startläge på indikator 2-4 fastställs vid inhämtad data i samband med påbörjad journalgranskning av 2023 års föreskrivningar.

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 verktøyet PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-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?

Via Medrave gör vi en sökning och identifierar vilka individer som fått antingen ciprofloxacin eller doxycyklin förskrivet under perioden 2023.01.01-2023.12.31 med efterföljande journalgranskning av dessa.

Daniel och Emelie har utformat ett datainsamlingsark att använda vid journalgranskning som ett stöd för att systematiskt bedöma om diagnoskoden är korrekta och om antibiotikavalet är adekvat. Detta dokument med utvalda paramterar är förankrade kollegialt på läkarmöte på vårdcentralen.

2024.04.01 planerar vi att presentera insamlad data från 2023 samt 2024 års första kvartal, där 2023 års siffror utgör baseline. Data med siffror från första kvartalet 2024 redovisas utifrån kollegialt intresse och jämförelse mot årets kommande data, som underlag för löpande förbättring. Vidare planerar vi för undervisnings/fortbildningstillfällen avseende diagnoskriterier för relevanta sjukdomstillstånd samt författande av lathundar med korrekta diagnoskoder och antibiotikaval.

Vi kommer att göra likadana journalgranskningar kvartalsvis under resterande 2024 och presentera slutdata i slutet av året.

Vi har i det stora hela hållit oss till planen, men frångått möjlighet att samla in data för kvartalen kvartalsvis (pga föräldraledighet och oförutsedda randningsplatser). Vi har dock återkommit löpande med påminnelser om pågående projekt (såsom med fortbildning och annat material enligt nedan). Oförutsett har vi inte heller samlat kollegiets reflektioner kring datan ännu, då sista kvartalets förskrivning ökade markant (pga mykoplasmaprevalensen i samhället), varpå tidsåtgången blev långt mer än beräknad.

Vi har lyckats göra i stort sett allt vi tänkt (frånsett de lathundar vi tänkt utforma) och är förvånade över det positiva resultat vi sett med relativt lite medel.

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

Utförda insatser:

Ökad medvetenhet i sjuksköterskegrupp kring vilka patienter som råds bokas in för bedömning, där arbete med framtagning av rutiner för cystitbedömning blivit klart under första kvartal 2024 genom utformad lokal riktlinje.

Ökad medvetenhet i samtliga yrkesgrupper kring pågående aktivt arbete med antibiotikaförskrivning mot bakgrund av löpande information på APT och läkarmöten (delvis också som led i STRAMA-arbete).

Quiz med patientfall (infektionssymtom) på läkarmöte, med diskussion i grupp samt information om janusinfos utbildningsmaterial med filmer kring vanliga infektionsdiagnoser i öppenvård.

Genomgång/fördjupning av diagnoskriterier KOL-exacerbation på läkarmöte.

Utdelat "regnbågshäfte" (Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård) samt påminnelse om såväl webbplats som app.

Planerade insatser:

Det vi ej har gjort ännu, men som den framtagna datan nu medför möjlighet till, är lathundar med de vanligaste noterade riktiga diagnoskoderna och dess behandlingsrekommendationer (i såväl de fall där antibiotika rekommenderas, som i de fall det ej rekommenderas). I dessa lathundar avser vi också plocka ut, för kliniken, viktiga uppgifter (såsom beskrivna CRP-gränser t.ex. vid pyelonefrit). Vi avser också föreslå stående punkt på läkarmöten kring infektions/antibiotikarelaterade frågor (såsom prevalens av vissa säsongrelaterade agens, för att motverka överförskrivning mot bakgrund av ökad förfrågan från samhället etc).

Därtill förslag om stående punkt på APT ("klinik/patientrelaterade frågor"), med möjlighet till fortbildning, påminnelse om lokala rutiner och för att fånga upp frågor i stor grupp. Detta då en del av infektionsbesöken på vår vårdcentral handläggs/bedöms av sjuksköterskor (med involvering av dagansvarig läkare om det bedöms aktuellt med medicinsk behandling utöver egenvårdsråd) och då det är det enda forumet vi har möte mellan yrkesgrupperna.

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>Antal ciprofloxacinrecept utfärdade vid cystitdiagnoser N30-N39 utan resistens/allergi</i>	<i>12 (av 76)</i>	<i>230101-231231</i>	<i>0</i>	<i>3 (av 41)</i>	<i>Medrave</i>	<i>240101-241231</i>

	<i>mot förstahandsval</i>						
Indikator 2	<i>Antal doxycyklinförskri vningar på fel indikation</i>	<i>60 (av 111)</i>	<i>230101- 231231</i>	<i>0</i>	<i>54 (av 162)</i>	<i>Medra ve</i>	<i>240101- 241231</i>
Indikator 3	<i>Antal ciprofloxacinförs krivningar på fel indikation</i>	<i>39</i>	<i>230101- 231231</i>	<i>0</i>	<i>11</i>	<i>Medra ve</i>	<i>240101- 241231</i>
Indikator 4	<i>Antal doxycyklinförskri vningar mot pneumoni hos patient med KOL</i>	<i>1</i>	<i>230101- 231231</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>Medra ve</i>	<i>240101- 241231</i>
Indikator 5	<i>Antal doxycyklinförskri vningar mot bronkit J2xx</i>	<i>5</i>	<i>230101- 231231</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>Medra ve</i>	<i>240101- 241231</i>

Övriga kommentarer:

Kompletterande indikator med lokaliserade patienter som är kodade enl ovan (bronkit J20x) alt cystit (N30-N39) under 2024 (2023 i parentes), men som bedömts fått rätt antibiotika 6 st (0 st) respektive 2 st (6 st).

Vi har exkluderat patientjournaler hos patienter med spärrar/skyddade personuppgifter samt kollegors journaler.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

En ökad medvetenhet och en, i det stora hela, relativt liten arbetsinsats gentemot kollegiet med icke-tidskrävande åtgärder tycks ha påverkat gruppens medvetenhet och förskrivning markant. Givetvis är detta ej vetenskapligt belagt och det kan finnas felkällor i slutsatser, men mot bakgrund av medvetenhet med möjligen större selektion redan vid första bedömning och ändå färre andel förskrivna antibiotikarecept mot tillstånd som ej ska behandlas med utvalda antibiotika, har åtminstone färre sådana recept skickats. Vi har ej tittat på om där ses ökning av andra antibiotikum istället (såsom Kåvepenin tex), men detta ses ändå som ett steg i rätt riktning.

Vi har reflekterat kring att det är av stort värde för kvalitetssäkring att koda rätt vid journalföring och också påmint om att föra tydliga journalanteckningar. Vi har resonerat kring att där finns två olika approacher till vård/behandling i öppenvård kontra slutenvård och där vi inom primärvården bör använda aktiv expektans/korta uppföljningar oftare också innefattande påminnelsen om att börja med smal antibiotika vid ev oklarhet där förskrivning görs, med möjlighet att ompröva vid terapivikt, istället för att gå på bredare antibiotika på ibland tveksamma grunder.

Vi ser att nitrit är en dålig parameter att väga beslut på vid bedömning av urinvägssymtom, då sambandet mellan nitritpositivitet och växt i odling inte är tydligt (sensitivitet 52,9% och specificitet 64,7%, med reservation för litet och selekterat material). Vi har resonerat och påmint om CRPs värde vid värdering av "grad av infektion" och försökt kartlägga trender/invididbundenhet kring när det tas/inte tas.

Vi har också lärt oss att det som ST-läkare är oerhört givande och lärorikt att granska och diskutera patientjournaler i grupp, då faktainhämtande och frågor som väcks leder till självreflektion, nya förbättringsförslag samt ökad kunskap och resonemang kring såväl arbetssätt som medicinska frågeställningar och personliga förhållningssätt.

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?

Första frågan är ej applicerbar. Arbetet har strävat efter en minskad antibiotikaförskrivning på felaktig grund, men också en mer pricksäker antibiotikaförskrivning med rätt val av antibiotika i de fall där indicerat. Detta mot bakgrund av den antibiotikaresistens fler patienter är medvetna om idag, men också mot den ökade kunskapen om risker med ev rubbning av enskildas patienters tarmflora och andra biverkningar. En förhoppning om minskade vårdkontakter vid banala symtom och ett allmänutbildande tänk kring lindriga infektioner har lyfts upp som värdefulla, då det är svårt att från liten enhet nå befolkning i stort, men där enskilda vårdkontakter kan bidra till utbildning i enskilda patientfall, för att stärka patienternas egna kompass kring sjukt och friskt (där begreppet "normalt sjukt" ingår).

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 har för avsikt att fördjupa oss ytterligare något i statistiken och de resonemang/funderingar som uppstått under journalgranskningen, för att i läkargruppen diskutera/ökad medvetenhet kring de trender vi sett gällande förskrivningar och vad vi, som grupp, har för mål framåt. Bland annat har vi sett att aktiv expektans ytterst sällan tillämpas och ej heller alltid inväntan av odlingsvar eller lungröntgensvar när sådant beställs, vilket kan vara en konsekvens av t.ex. tidsbrist i det kliniska arbetet. Vårdcentralen strävar efter ett ökat egenansvar hos patienterna, där framarbetade brevmallar med förhållningsrekommendationer som man snabbt och enkelt kan ge patienterna vid besök kanske är av värde. Vi har utöver tidsaspekt också en kostnadsaspekt att förhålla oss till, varpå resonemang på ledningsnivå och i läkargruppen ses nödvändig, då olika kollegor är olika motiverade till att t.ex. utöka utredning och istället provbehandla mot bakgrund av sannolikhet, men där vi vid "facit" ser att sannolik överbehandling är framträdande. Den dialogen får fortsätta, ev med uppföljande statistik i siffror (dock ej journalgenomgång) efter nästa årsskifte.

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 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"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.