

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: **Statiner**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Arkadens läkarmottagning i Märsta	
Verksamhetschef Albert Omer	Verksamhetschefens e-post verksamhetschef@arkadenlm.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 del1 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: Rasha Mizher
Profession: Sjuksköterska
E-post: rasha.mizher@arkadenslm.se
<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">• 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Sandra Nordström, USK Elvira Hafdelin, SSK

Aya Al-Kasem, ST-Läkare
Albert Omer, Specialist i allmänmedicin

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

B: Vi kommer att ta fram en broschyr till patienterna med information om plan, syfte samt risker med högt kolesterol och hur det påverkar kroppen. Tillsammans med broschyren skickar vi en kallelse där vi uppmanar patienten att lämna prover inför besöket samt informerar om att besöket är frivilligt. Vi har alltid en låda för förslag och synpunkter i väntrummet. Vi informerar patienterna att dom gärna får lämna en liten notis efter besöket. Vi har även samtalat om att erbjuda patienter uppföljande telefonsamtal efter 5-6 månader med samtycke från patienten.

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?

För dom patienter som har diagnosen Hypertoni och ett totalkolesterolvärde >5 önskar vi öka antalet patienter på statinbehandling. Vi önskar även öka medvetenheten kring riskerna med att ha ett högt kolesterol samt minska risken att patienter drabbas av komplikationer såsom stroke, hjärtsvikt och koronar hjärtsjukdom.

Enligt Medrave har vi senaste 5 åren (2019-01-01 – 2024-02-07) 364 patienter med diagnos hypertoni och ett totalkolesterol >5 som ej tar statiner

7 st av de patienterna har drabbats av en stroke

5 st av de patienterna har drabbats av hjärtsvikt

6 st av de patienterna har drabbats av koronar hjärtsjukdom

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.

Hypertoni , blodfetter, totalkolesterol, behandling med statiner

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:

Vi vill öka antal patienter som behandlas med statiner som har diagnosen hypertoni och samtidigt ett total kolesterol >5 samt minska antalet patienter som har ett total kolesterol >5. Detta för att minska risken för efterföljande komplikationer och öka god livskvalité samt öka patienternas livslängd.

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:Patienten får inte kallelse för årlig kontroll.

1.1: Sätta aktuella patienter på väntelista för årlig kontroll.
1.2: Kalla in patienten via telefon eller brev.
1.3:

2:Patienten lämnar prover men kommer inte på återbesök.

2.1: Återkoppla till patienten gällande provsvar.
2.2: Bokar in återbesök vid förändring.
2.3:

3:Patienten är underinformerad om riskerna med att ha högt kolesterol.

3.1: Rådgivning och information till patienter under årlig kontroll.
3.2: Broschyr med skriftlig information
3.3:

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/verktygslada-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 "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 snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Öka antal patienter som har ett totalkolesterol >5 som behandlas med statiner	100 st	2024-02-07	140 st	Medrave	Februari 2024
Indikator 2	Minska antal patienter med totalkolesterol >5 och ej behandlas med statiner	127 st	2024-02-07	80st	Medrave	Februari 2024
Indikator 3	Öka antal patienter som behandlas med statiner med totalkolesterol inom referensvärde.	77 st	2024-02-07	115 st	Medrave	Februari 2024
Indikator 4	Öka antal patienter på behandling med statiner.	280 st	2024-02-07	350st	Medrave	Februari 2024
Indikator 5						
<p>Kommentar (valfritt): Vi har noterat att på vår vårdcentral så har vi en patientgrupp där flertalet patienter med diagnos hypertoni har höga blodfetter. Många har ett totalkolesterol >5 som trots provtagningen inte fått behandling eller blivit kallade på återbesök.</p>						
<p>Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)</p> <p>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/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 blev 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? 						
<p>Planera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uppdatera journalmall som finns för hypertoni. - Broschyrer med information till patienten finns tillgängligt i väntrummet. - Skapa en unik kallelse för hypertoniker med höga blodfetter, detta görs 2024-02-15. - Skapa en intern rutin på vårdcentral för tidsbokning för patienter med diagnos hypertoni och samtidigt höga blodfetter tas fram på APT tillsammans med övrig personal på mottagningen. - Vid årliga kontroller uppmärksamma om det finns ett tidigare blodfettvärde. - Kallas in för årlig kontroll hos sjuksköterska eller distriktssköterska av sjuksköterska eller undersköterska via telefon eller brevkallelse. Detta sker löpande efter framtagna lista från Medrave. - Patienter ska lämna fastande prover innan besöket. Sjuksköterska ska gå igenom provsvar med läkare inför besöket för att kunna sätta patienten på behandling i ett tidigt skede. - Beroende på provsvar och åtgärd sättes patienten i samråd med behandlande läkare på väntelistan om 6-12 månader för uppföljning. <p>Göra:</p>						

- Vi tycker att vi håller oss bra till planen. Däremot insåg vi att journalmallen för årliga kontrollen var tillräcklig och inte behövde uppdateras. Vi kallar in patienter via telefon och brev enligt listan som vi tagit ut från Medrave. Framförallt patienter där kolesterolvärden saknas eller är <5.
- Vi har även en öppen dialog med samtliga personal på APT-möten där vi kan bolla tips och idéer mellan samtliga yrkeskategorier.
- Patienterna som redan har varit på besök är delaktiga och nöjda med erbjudet om årlig kontroll och tackar ja till uppföljning om 6-12 månader (bokar på väntelista).

Studera:

- Det har varit svårt och oklart att veta antal patienten som inte har behandling med statiner eftersom en del av våra listade patienten har fått behandling från en annan mottagning och vårdgivare.
- Vi upptäckte att vi snabbare börja nå vårt mål än vad vi trodde.
- Vi upptäckte att antal patienter som inte behandlas med statiner ökar i takt med att vi diagnostiserar och provar fler.
- Vi insåg att vi var mycket effektiva och bokade snabbt in dom flesta patienterna med diagnos hypertoni och samtidigt totalkolesterol >5.

Agera:

- Vi har justerat en av våra indikatorer då vi upptäckte att flera patienter i statistiken har diagnos med hypertoni men inte hyperlipidemi och inte heller i behandling med statiner. Där för tyckte vi att det var mer relevant att ändra indikatorn till "patienter **på** behandling med statiner och ett totalkolesterol >5".
- Vi la även till en ny indikator att öka antal patienter på behandling totalt sett.
- Vi har kontaktat Medrave som förklarar att vi på mottagningen behöver signera läkemedel från andra vårdgivare i läkemedelslistan för att det ska komma in i vår statistik.
- Meddelar läkare att signera läkemedel från andra vårdgivare.
- Broschyrer med information finns i väntrummet från vecka 8.
- Vi var tvungna att ändra målen till större antal och började kalla in fler patienter på årlig kontroll trots att dom har totalkolesterol <5.

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.slso@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

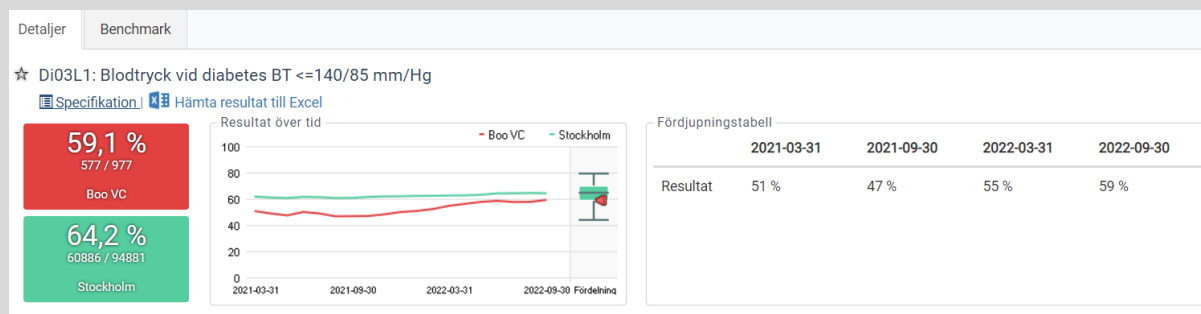
Vi började med att ta upp vårt förbättringsarbete på ett APT-möte. Vi diskuterade med våra kollegor hur vi ska gå tillväga på bästa sätt. Vi kom tidigt överens om att gå igenom provresultat innan patientens besök för att få en ordination av läkaren och tidigt kunna sätta in behandling.

Vi skrev sedan ut listor på de patienter med hypertoni som tidigare har mätt upp ett totalkolesterol >5 samt dom där värden saknas. När vi kallat in alla dom patienterna gick vi vidare med att kalla in övriga patienter med totalkolesterol <5 som både tar och inte tar statiner på årlig kontroll. Vi skapade ett separat kallelsebrev där vi informerade om att det är både blodtryck och blodfetter som vi önskar kontrollera under besöket. Tillsammans med kallelsen har vi skickat med informationsbroschyr om höga blodfetter, vilka risker det kan medföra att ha höga blodfetter samt hur det behandlas. Efter patientens besök har vi bokat in dom på väntelistan för att kallas för uppföljning efter 6-12 månader beroende på provsvar och eventuell behandling.

Vi har infört idén i samma rutin som vi har för samtliga årskontroller på mottagningen (till exempel för patienter med hjärt-/kärlsjukdomar eller diabetes).

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	Öka antal patienter som har ett totalkolesterol >5 som behandlas med statiner	100 st	2024-02-07	140 st	133 st	Medrave	December 2024
Indikator 2	Minska antal patienter med totalkolesterol >5 och ej behandlas med statiner	127 st	2024-02-07	80st	91 st	Medrave	December 2024
Indikator 3	Öka antal patienter som behandlas med statiner med totalkolesterol inom referensvärde.	77 st	2024-02-07	115 st	111 st	Medrave	December 2024
Indikator 4	Öka antal patienter på behandling med statiner.	280 st	2024-02-07	350st	365 st	Medrave	December 2024

Indikator 5							
<p>Övriga kommentarer: Vi upptäckte att antalet obehandlade patienter ökar i takt med att vi diagnostiserar och provtar fler. Detta kan bero på att många patienter missade att lämna prover före besöket och lämnade istället prover efter besöket och därmed har behandlingen blivit insatt sent. Samt att en del patienter inte önskar behandling med statiner.</p>							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
<p>Vi har lärt oss att patienters kunskap om kolesterol många gånger saknas och att vi därmed behöver bli bättre på att informera om framförallt hur våra kostvanor påverkar vår kropp, men även om fysisk aktivitet.</p> <p>Vi har även upptäckt att många patienter vill inte ta statiner pga rädsla för biverkningar och därför är det viktigt att vi som tar emot patienterna har kunskap om och kan ge relevanta kostråd för att sänka blodfetterna.</p>							
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?							
<p>Vi har varit lyhörda till dom patienter som vill inte börja med eller är väldigt oroliga för att ta statiner. Vi har tagit patienternas oro och självbestämmande på allvar och har därför försökt fokusera på att ge alla patienter relevant information om hur man kan få ner sina blodfetter inte bara med statinbehandling utan även genom kost och motion.</p> <p>Vi har inte erbjudit uppföljande telefonsamtal enligt planen, däremot har vi involverat patienterna och kommit överens när återbesöket och uppföljning ska ske.</p>							
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.							
<p>Vi kommer att fortsätta följa patienten på årliga kontroller enligt samma rutin som vi har för samtliga årskontroller. Vi sätter även upp patienterna på väntelistan i Take Care för att ha bättre kontroll på när uppföljning ska ske.</p> <p>Vi kommer även erbjuda alla som har högt blodtryck att lämna prov för att kontrollera blodfetter.</p>							
<p>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.</p>							