

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Statiner*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Banérgatans husläkarmottagning	
Verksamhetschef Tola Osho	Verksamhetschefens e-post tola.osho@banerhlm.com
<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: Fredrik Ansker
Profession: Leg läkare, Allmänspecialist
E-post: fredrik.ansker@banergatanshlm.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 sidosjukvård, 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: Tola Osho, allmänspecialist; Fredrik Ansker, allmänspecialist; Ramin Zarrinkoub, allmänspecialist; Eleonore Oscarsson, distriktssjuksköterska, Annelie Duan, undersköterska/receptionist.
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Patientutbildning i form av folder med medicininformation. Återkoppling och synpunkter från patienter som tagit del av informationen.

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?

Banérgatans husläkarmottagning är belägen på Gärdet i Stockholms innerstad. Vi har drygt 3500 listade patienter med en genomsnittlig vårdtyngd (ACG 1,01 januari -24).

Vi har 3 st heltidstjänster för specialister i allmänmedicin, 3 st sjuksköterskor varav en är distriktssköterska och en är under utbildning för att bli astma/KOL-sjuksköterska. Syftet med vår verksamhet är att ge en god vård och verka för en ökad hälsa hos våra listade patienter. För detta arbetar vi både sjukdomspreventivt och sekundärpreventivt.

I vårt förbättringsarbete har vi i år valt att fokusera på patienter med genomgången stroke/TIA. Vid en årlig genomgång av registerdata framkom det att vår mottagning hade en jämförelsevis låg andel av patienterna som behandlades med statiner. Vi ställde oss frågan varför det såg ut så. Då denna patientgrupp har en etablerad hjärt-kärlsjukdom där syftet med behandling med statiner är att minska risken i insjuknande i ny cerebral händelse eller andra hjärt-kärlrelaterade tillstånd såg vi detta som en prioriterad fråga. I vårt patientunderlag hade vi en förekomst på 1,8 % (63 individer) för genomgången stroke/TIA, jämfört med 1,6 % i Region Stockholm. Av dessa hade endast 51,5 % fått återbesök senaste året. I patientgruppen hade 41,9 % behandling med statiner jämfört med 68,7 % i Regionen. Gällande blodtrycksbehandling låg vi däremot bättre än Regionens genomsnitt, med 70,5 % av patienterna med genomgången stroke/TIA med ett blodtryck på $\leq 140/90$, jämfört med 66,4 i Regionen.

Enligt dataunderlaget från Medrave ser det ut som att vi har identifierat många av våra patienter med genomgången stroke/TIA då vi ligger över Regionindex. Sett till Riket ligger vi dock lägre och jämför man med våra närmsta vårdgrannar ligger vår prevalens klart lägre. Vi tar inte våra patienter tillräckligt ofta på återbesök och vi behandlar inte deras blodfetter

enligt riktlinjer i tillräckligt hög utsträckning. Orsakerna till detta kan vara flera.

Idag finns inget utarbetat patientflöde för patienter med genomgången stroke/TIA utan de sköts hos sina respektive allmänläkare. Det finns inget system med årliga kallelser eller väntelistor. Många patienter fångas upp då de önskar förnya sina recept och då kallas för provtagning och läkarbesök.

Vi tror också att det finns någon typ av systematiskt fel i inrapporteringen till Medrave som snedvrider våra data. Vi har t.ex. förhållandevis stor andel patienter inskrivna i hemsjukvård där dosdispensering med E-dos är rutin. Den förskrivningen syns inte i Medrave och en patient med genomgången stroke kan alltså se falskt omedicinerad ut i statistiken.

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.

Patientsäkerhet – förbättrat omhändertagande av patienter med genomgången TIA/stroke

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:

Övergripande mål: Vi vill förbättra omhändertagandet av patienter med genomgången TIA/stroke för att uppfylla Socialstyrelsens målnivåer, uppnå bättre hälsa, minskat lidande och ökad samhällsnytta.

Delmål:

- Öka detektionsgraden av listade patienter med genomgången stroke/TIA till snittnivån i Region Stockholm.
- Uppnå Socialstyrelsens mål att 80 % av våra patienter med genomgången stroke/TIA har behandling med statiner.
- Öka kunskapen inom personalgruppen kring behandlingsriktlinjer för patienter med stroke/TIA.
- Förbättra det systematiska omhändertagandet och patientflödet för patienter med genomgången stroke/TIA.
- Observera om det ökade fokus på statinbehandling inverkar i hur vi behandlar andra patientgrupper med ökad risk för hjärt-/kärlkomplikationer.

Vi ämnar också öka kunskapen bland våra patienter kring syfte och fördelar med sekundärpreventiv behandling efter stroke/TIA.

Vi vill även genomföra en genomgång och kvalitetssäkring av inrapporteringen till Medrave för att säkerställa att det är korrekt data som vi får ut och kan arbeta med.

<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: Patienter rapporteras inte korrekt i Medrave</p>	<p>1.1: Genomgång av patienturval i Medrave 1.2: Genomgång av inrapportering i Medrave</p>					
<p>2: Patienter kommer inte på återbesök till mottagningen</p>	<p>2.1: Identifiera patienter med stroke/TIA som inte varit på återbesök senaste 12 månaderna 2.2: Aktivt kalla patienter 1 gång årligen med genomgången stroke/TIA</p>					
<p>3: Behandlingsriktlinjer följs inte</p>	<p>3.1: Uppdatera läkargruppen kring nyaste riktlinjerna kring sekundärprevention av hjärt-kärlsjukdom 3.2: Förbättrad patientinformation kring nytta kontra risk med statinbehandling</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.)</p> <p>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. Medrave)</p>	<p>Datum för att uppnå målvärdet</p>

Indikator 1	Detektionsgrad av patienter med genomgången stroke/TIA	50 %	20240201	60 %	GUPS	Dec 2024
Indikator 2	Andel patienter med TIA/stroke med behandling med statiner	69 %	20240201	80 %	GUPS	Dec 2024
Indikator 3	<i>Andel patienter med TIA/stroke som varit på återbesök hos läkare</i>	51 %	20240131	80 %	Medrave	Dec 2024
Indikator 4	<i>Andel patienter med diabetes med behandling av statiner</i>	62 %	20240201	70 %	GUPS	

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?

Planera ditt första pilottest:

- Vem ska testa idén?
- På vilket sätt och när?
- Vad behöver förberedas?
- Behövs någon träning eller utbildning före testet?
- Vad och hur ska ni mäta för att få reda på hur det gick?
- Behöver ni en baslinje innan ni testar, det vill säga ett eller flera mätvärden att utgå ifrån?

Pilottest 1. Genomgång med Medrave-administratör kring inrapportering av data för att säkerställa att de patienter med behandling med statiner rapporteras korrekt. Utförs av Fredrik Ansker under mars 2024. Förberedelser i form av avsatt tid, vidareutbildning i Medrave. Mäta målandikatorer antal med genomgången stroke/TIA respektive andel med statinbehandling före och efter genomgång.

Pilottest 2. Identifiering i Medrave av patienter med genomgången stroke/TIA som inte varit på återbesök. Utförs av Fredrik Ansker under mars-april 2024. Upprätta system för att kalla dessa patienter. Utförs av Fredrik Ansker, Tola Osho och Annelie Duan under våren 2024.

Reflektion del 2. Statistiska svagheter i MedRave gjorde att vi övergick till GUPS/LUD för uppföljning av samtliga parametrar utom en.

Pilottest 3. Genomgång av behandlingsriktlinjer för sekundärpreventiv behandling efter stroke/TIA. Görs på läkarmöte under våren 2024.

Reflektion del 2. Tydligt genomslag av att belysa statinbehandling i en patientgrupp gav ökat fokus kring statinbehandling även i andra patientgrupper.

Implementering med målsättning att identifiera, journalföra, diagnoskoda och ändamålsenligt behandla patienter i med genomgången stroke/TIA. Görs genom läkarbesök kontinuerligt under året.

Till nästa kvalitetsarbete ska vi försöka få med ett processmått för att kunna se hur nya arbetssätt påverkar mottagningsarbetet i stort och inte bara i patientutfall.

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**

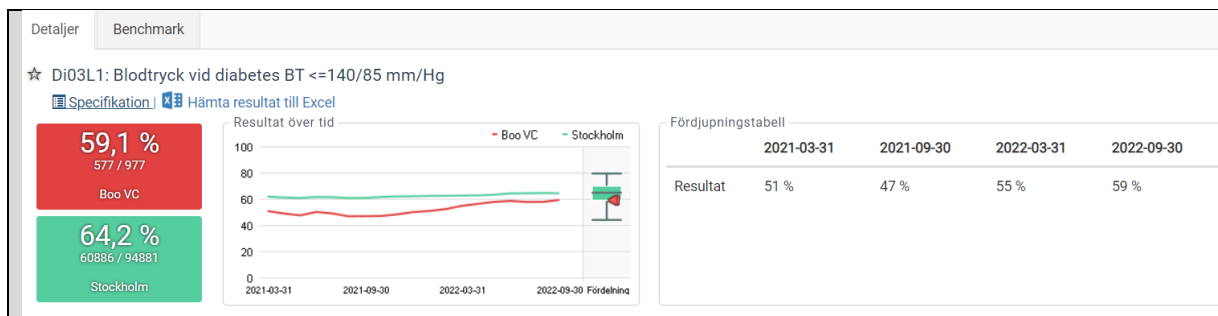
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vad vi har gjort:

- Fortbildning och diskussion kring uppdaterade behandlingsriktlinjer för statinbehandling på läkarmöten. Genomgång av föreläsning om statiner på Allmänläkardagen våren -24.
- Arbetat aktivt utifrån Expertrgruppsutlåtanden på Janusinfo: "Statiner och tilläggsbehandlingar för kardiovaskulär prevention hos högriskpatienter med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer", "Statinbehandling värdefullt hos äldre över 75 år vid sekundärprevention", "Återinsätt statin efter behandlingsavbrott." Haft dessa dokument som underlag vid patientdiskussion och anpassat för patienten.
- Via MedRave identifierat patienter med genomgången stroke TIA utan statinbehandling och aktivt följt upp dessa: kallat in på årskontroll och uppmontrat patientansvarig läkare att göra en aktiv bedömning.
- Mera systematisk dokumentation av tidigare TIA med diagnoskod och som kronisk diagnos för att lättare följa och identifiera i framtiden.
- I vårt övriga systematiska arbete med andra grupper av kroniska patienter i högre grad diskuterat statinbehandling vilket avspeglas i ökad andel diabetespatienter med statinbehandling.

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	Detektionsgrad av patienter med genomgången stroke/TIA	50 %	202402	60 %	61,5%	GUPS/LUD	Dec -24
Indikator 2	Andel patienter med TIA/stroke med behandling med statiner	69 %	202402	80 %	73,6 %	GUPS/LUD	Dec-24
Indikator 3	<i>Andel patienter med TIA/stroke som varit på återbesök hos läkare</i>	51 %	20240131	80 %	79 %	MedRave	Dec -24
Indikator 4	<i>Andel patienter med diabetes med behandling av statiner</i>	62	202402	70 %	65,6 %	GUPS/LUD	Nov -24

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi lyckades väl med att identifiera och bedöma våra patienter med genomgången stroke/TIA. Både detektionsgrad och andel som träffat läkare under året ökade tydligt. Däremot ökade inte andelen statinbehandlade i den graden vi hade förutspått. Vi tror detta kan bero på flera anledningar. För det första ingår en del patienter med tidigare hjärnblödning i patientkohorten och de har inte nödvändigtvis behandlingsindikation. En del var multisjuka äldre med kort förväntad överlevnad. I flera fall fanns det ett tydligt motstånd från patienten som var väldokumenterat sedan innan. Vi är en liten enhet så även ett fåtal patienter gör synliga hack i statistiken.

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?

Det har varit ett lärorikt arbete att i patientmötet stöta och blöta risk gentemot nytta och att få spetsa sina argument varför vi i allt högre grad rekommenderar behandling. Det är viktigt att vi tydliggör att vi är där för patienten. Tack vare behandlingsmöjligheterna idag går det ofta att hitta en väg framåt och prova ett nytt alternativ i låg dos även om patienten fått biverkningar av något preparat tidigare i livet.

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 att fortsätta arbeta systematiskt med årskontroller av våra kroniskt hjärt-kärlsjuka patienter. Vi tar blodfetter årligen och går igenom läkemedel så alla förutsättningar finns att aktivt fortsätta driva på för evidensbaserad och ändamålsenligt behandling av denna patientgrupp.

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.