

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2: *Stroke/TIA*

| Information om husläkarmottagningen | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mottagningens namn Folkets vårdcentral Tyresö | |
| Verksamhetschef Anoushe Sigaroudi | Verksamhetschefens e-post anoushe.sigaroudi@folketsvardcentral.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 forbattringsarbeten.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: Sayna Nourzad |
| Profession: Underläkare |
| E-post: sayna96@gmail.com |
| <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 B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p> |
| A: Sayna Nourzad, underläkare Sayna96@gmail.com |

Anoushe Sigaroudi, specialist i allmänmedicin.

Anoushe.sigaroudi@folketsvardcentral.se

Jina Bettino, ST-läkare i allmänmedicin

Jina.bettio@hotmail.com

Dany Faour, ST-läkare i allmänmedicin

Kontakt@folketsvardcentral.se

Karla Osorio Espinoza, undersköterska och koordinator.

Karla.osorio@folketsvardcentral.se

Heba Alkhatib

Kontakt@folketsvardcentral.se

B:

Vi kommer att be om muntlig feedback av patienterna efter besöken och även möjliggöra att de lämnar sina synpunkter i receptionen.

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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkytyglada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkytyglada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Cirka 25-30 000 i Sverige drabbas av stroke årligen, varav 85 % innefattar ischemisk stroke. Ca 30 % av all ischemisk stroke orsakas av emboli, ex. vid förmaksflimmer, medan 25 % orsakas av storkärlssjukdom (ateroskleros). TIA är en allvarlig varningssignal och ska utredas akut för att minska risken för en allvarlig stroke (störst risk inom närmsta veckorna).

Vi ser i Medrave att förekomst av diagnos TIA eller stroke hos patienter på Folkets Vårdcentral är 2,5 % jämfört med 1,6 % som är värdet för Stockholm i stort. Vi vill minska risken för utveckling av stroke genom att identifiera riskgrupper och se till att adekvat primär- och sekundärprofylax är implementerad. Vi kommer att fokusera på förmaksflimmer och hyperlipidemi som våra två primära riskfaktorer.

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.

Ischemisk 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/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill minska insjuknandet i ischemisk stroke/TIA och uppmärksammar detta då förekomsten 2023 var högre för patienter på vår vårdcentral jämfört med resterande Stockholm.

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/>

Patienternas inställning gentemot statinbehandling, oro för biverkningar som ex. muskelvärk.

Motiverande samtal, informerande samtal, preparatbyte vid tidigare biverkningar.

Avseende behandling med antikoagulantia möjligt att vissa patienter har kontraindikation för detta (blödningsrisk) och därför inte blivit insatta på preparatet.

Undersöka om det är absoluta eller relativa kontraindikationer och om insättning av antikoagulantia i reducerad dos kan vara aktuellt.

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 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 | Andel patienter som haft TIA och/eller ischemisk stroke som behandlas med statiner | 61 | 240101 | 71 | Se nedan | 241231 |
| Indikator 2 | Andel patienter med förmaksflimmer som har behandling med antikoagulantia vid starkt förhöjd risk att drabbas av stroke | 75 | 240101 | 84 | Se nedan | 241231 |

Kommentar (valfritt):

Källa: Medrave

*Målen vi vill uppnå är startvärden för Stockholm i helhet

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 kan fyllas på under arbetets gång.

1. Planera:

Samtliga områdesansvariga läkare (allmänspecialister, ST-läkare i allmänmedicin) träffar sina egna listade patienter. En läkarstudent/läkarassistent går aktivt igenom

listan av patienter med tidigare stroke/TIA och/eller förmaksflimmer från Medrave och identifierar patienter som inte står på adekvat behandling. Dessa kontaktas därefter av sina läkare, primärt via telefonsamtal. Patienter som inte varit på fysiskt besök under senaste året bokas in på årskontroll hos läkare.

Avseende behandling med antikoagulantia hos patienter med förmaksflimmer görs en journalgranskning för att undersöka om det föreligger kontraindikationer för detta och om det är anledningen till att patienten inte redan står på behandling. Om ingen uppenbar kontraindikation upptäcks kontaktas patienten via telefon och det sker en diskussion kring behandlingsstart. Det kontrolleras även att behandling med antikoagulantia är indicerat utifrån riskbedömning (poäng enl CHA2DS2-VASc).

Avseende statiner vet vi att dessa har muskelvärk som en relativt vanlig biverkan och det finns flera patienter som vill avstå från denna medicinering av rädsla att utsättas för denna biverkning (något som även tagits upp på ett av våra tidigare förbättringsarbeten avseende diabetes mellitus).

Vi har som mål att identifiera patienter med låg compliance och ha extra insatser för dem, i form av motiverande samtal med läkare eller sjuksköterska. Om statiner sätts in som behandling bokas sedvanliga blodprover (inklusive lipidprofil) tre månader efter behandlingsstart med ny kontakt därefter.

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

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in i WORDFORMAT som BILAGA namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 28 februari 2023 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 bilfogas

Patienter med TIA och/eller ischemisk stroke som inte behandlas med statiner:

1. En läkarassistent gick igenom listan på patienter med TIA och/eller ischemisk stroke som inte hade pågående behandling med statiner. Journalgranskning visade att totalt 71 % av patienter redan hade statiner och startsiffran 61 % var lägre än det sanna värdet då flera patienter hade blivit insatta på statiner från en annan vårdenhet, vilket Medrave inte beräknade från start.
2. Patienter som inte hade pågående statiner trots indikation pga tidigare TIA/ischemisk stroke blev uppringda och inbokade på besök hos områdesansvarig läkare (telefonbesök om de redan hade varit på fysisk årskontroll under senaste året).

3. Läkaren hade baserat på målvärde på LDL på <1,4 respektive <1,8 (beroende på om tid. TIA/ischemisk stroke var enda indikation för statiner eller om andra riskfaktorer förelåg) diskussion kring insättning av statiner och kartläggning av varför patienterna inte redan behandlades med statiner.
4. Nya prover avseende lipidpanel beställdes till tre månader efter insatt statinbehandling.
5. Patienter uppmanades att höra av sig vid eventuella biverkningar av statiner för att läkaren skulle ha möjlighet att fånga upp patienter med bristande compliance och kunna erbjuda byte av medicinering vid behov.

Patienter med förmaksflimmer som inte behandlas med antikoagulantia trots indikation:

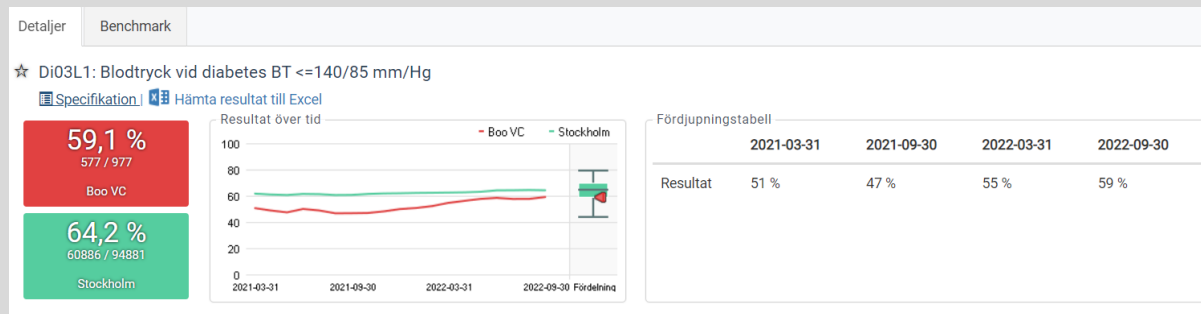
1. En läkarassistent gick igenom listan på patienter med förmaksflimmer som inte hade pågående behandling med antikoagulantia (AK). 61 patienter hade inte AK-behandling via vårdcentralen på Medrave.
2. Journalgranskning visade att 54 av dessa hade pågående AK-behandling men ordinerat på en annan vårdenhet (ex. sjukhus eller tidigare vårdcentral) vilket Medrave inte beräknade. Vi hade alltså en felkälla i vår statistik från start. Andel patienter med förmaksflimmer som hade behandling med antikoagulantia vid starkt förhöjd risk att drabbas av stroke i början av året var 97 % (54 patienter motsvarade 22 % fler än startvärdet vi hade räknat med).
3. Resterande 7 patienter hade inte pågående ak-behandling trots indikation:
 - 1 var seponerad i väntan på neurologisk konsultation i början av året, nu återinsatt
 - 1 kontraindikation (subarachnoidalblödning)
 - 1 med förmaksflimmer hade genomgått ablation och var nu flimmerfri varför Eliquis seponerades
 - 1 hade diagnoskod för förmaksflimmer på grund av en episod av FF postoperativt men kontroll-EKG därefter var utan anmärkning varför diagnosen avskrevs
 - 3 patienter där misstanke om förmaksflimmer fanns men diagnosen ej var fastställd

Inga justeringar skedde i ak-behandling hos patienter med förmaksflimmer då alla med indikation utan kontraindikationer redan hade pågående ak-behandling. För patienten med tidigare subarachnoidalblödning hade en tidigare övervägning av risk-nytta gjorts av neurolog och beslutet om att inte sätta in ak var oförändrat. På slutet av året var vår statistik med andelen patienter med förmaksflimmer och indikation för ak-behandling som hade ak-behandling initialt 87 %, vilket är högre än det startvärdet vi hade räknat med (75 %) men lägre än det sanna värdet som inte beräknades på grund av felkällor (97 %). Eftergranskning visade att receptförnyelse av antikoagulantia hos andra enheter gjorde att dessa patienter försvann från vår lista vilket gav ett lägre värde än det sanna värdet (likt beräkningen av startvärdet för året). När dessa värden återigen justerades (receptförnyelse på ak skedde från vår enhet) blev statistiken förbättrad, andelen patienter med förmaksflimmer och indikation för ak-behandling blev 96 % vilket är det sanna värdet som används i slutresultatet.

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 | Start-läge (% eller antal) | Datum /period för start-läge | Mål (% eller antal) | Resultat (% eller antal) | Källa (t.ex. Medrave) | Datum/period för resultatvärdet |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Indikator 1 | Andel patienter som haft TIA och/eller ischemisk stroke som behandlas med statiner | 61 | 240101 | 71 | 76 | Se nedan. | 241231 |
| Indikator 2 | Andel patienter med förmaksflimmer som har behandling med antikoagulantia vid starkt förhöjd risk att drabbas av stroke | 75 | 240101 | 84 | 96 | Se nedan. | 241231 |

Övriga kommentarer:

Källa: Medrave

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att startvärdena för båda våra indikatorer låg bättre än det vi hade trott pga felkällor i Medrave vilket var en positiv överraskning. Avseende patienter med förmaksflimmer och ak-behandling var vi nöjda med datan och det krävdes ingen aktiv intervention för förbättring av statistiken. Avseende behandling med statiner hos patienter med tidigare TIA och/eller ischemisk stroke hade vi dock en del fallgröpar som vi lyckades fånga upp och åtgärda. En av de största fallgröparna var att målvärde för LDL-nivåer inte alltid var tydligt i journalen varför vissa inte var insatta på statiner trots indikation (ex. hade man accepterat värden på LDL < 2,4 där värden på LDL < 1,8 borde ha eftersträvat). Utsättning av statiner pga bristande compliance var ännu en stor fallgröp.

En viktig slutreflektion är att det finns felkällor i Medrave där förnyelse eller insättning av recept på annan enhet räknas bort från vår statistik vilket ger ett falskt lågt värde på våra indikatorer. För att kunna arbeta med våra mål och sätta realistiska mål för året krävs att dessa felkällor elimineras och APC bör därför återkoppla detta till ansvariga på Medrave, vilket även vi har gjort.

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?

Patienterna har under läkarbesöken tillfrågats avseende compliance till behandling med statiner och läkarna har försökt att identifiera utmaningar som minskar compliance. Flera av patienterna hade tidigare haft statiner som hade satts ut pga biverkningar. Dessa patienter fick testa annan dos på statiner respektive annat preparat och fick möjligheten att höra av sig vid eventuella biverkningar för att öka den egna involveringen i vården.

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.

Planen är att fortsätta på samma spår och identifiera riskpatienter som inte har adekvat profylax för att minska risken för kardiovaskulära händelser framtiden. Vi kommer att fokusera på andra indikatorer så som rökning och blodtryck (enligt SCORE2) och se till att vi kan förbättra statistiken gällande dessa parametrar.

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