

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: **...Hjärta-kärl.....**

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Norrvikens Vårdcentral

Verksamhetschef

Simon Ottosson-Levy

Verksamhetschefens e-post

Simon.Ottosson-Levy@
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: Peter Kreivi

Profession: Specialist i allmänmedicin

E-post: peter.kreivi@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: Linnea Sunesson-mottagningssköterska, Elin Hallen-mottagningssköterska, Sofie Kimly-mottagningssköterska.

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

B: I samband med års- och återbesöken påminna patienterna om vikten av statinbehandling, både muntlig och skriftlig information. Tydligt informera patienten om dennes aktuella nivå av LDL-kolesterol och om målnivån.

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?

På Norrvikens Vårdcentral har läkarkollegiet identifierat sekundärprevention vid dokumenterad aterosklerotisk sjukdom som ett särskilt viktigt område som mottagningen kan göra en viktig förbättring inom. Vi tycker oss ha märkt att en allt för hög andel av mottagningens patienter med mycket hög kardiovaskulär risk, så som vid etablerad ischemisk hjärtsjukdom, TIA/ischemisk stroke, aortasjukdom eller perifer artärsjukdom, inte når rekommenderat målvärde för LDL-kolesterol. Otillräcklig behandling av kolesterolnivåer är en onödig risk för patienter med dessa sjukdomar i anamnesen, då det finns bra behandling som de allra flesta tolererar väl.

Vid efterforskning via GUPS.sll.se angående förskrivningen av statiner till patienter listade på Norrvikens Vårdcentral 2023 finner man att av de med ischemisk hjärtsjukdom har 144 av 166 (87%) hämtat ut den ordinerade medicinen. Detta är en ökning från 2022 då 83% hämtade ut ordinerat statin, och det är en högre andel än regionsnittet 82% men samtidigt under Socialstyrelsens nationella mål 90 %. Av patienter med stroke/TIA i anamnesen är andelen som tagit ut statin 74% (122 av 165), ungefär samma andel sedan 2022 och strax högre än regionssnittet 73%, men lägre än nationellt mål 80%.

Vid sökning i Medrave finner man att under 2023 endast 4 patienter listade på mottagningen med diagnosen stroke (I60, I61, Z867C, I63, I64, I67, Z867C, G45, Z866A, Z866B, I69), varav ingen når önskad nivå LDL-kolesterol <1.4 mmol/l. Av de patienter med koronar hjärtsjukdom (I20-25) uppnår endast 11% (10 av 94) målnivån. Tyvärr finner man även att hela 24% av denna patientgrupp inte ens har kontrollerats för kolesterolnivåer under 2023.

<p>Val av tema för förbättringsarbetet:</p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>	
<p>Hjärta och kärl</p>	
<p>Mål (Vad vill ni uppnå?)</p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-forbattningstrappa/ Formulera här era mål:</p>	
<p>Målet med förbättringsarbetet är att:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Att förbättra sekundärpreventionsbehandlingen hos kärlsjuka patienter listade på mottagningen. - Att öka insikten hos läkare, mottagningsköterskor och patienter om vikten av god kontroll av kolesterolnivåer vid etablerad aterosklerotisk sjukdom. - Att införa nya rutiner för uppföljande besök och kontroller av denna patientgrupp för att på så sätt få långsiktig positiv effekt. 	
<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/verktyglada-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 verktyglåda för patientsamverkan: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-patientsamverkan/</p>
<p>1: Bristande insikt</p>	<p>1.1: Intern- och externutbildning av läkarkollegiet, det senare med hjälp av föreläsare. 1.2: Informera patienter vid läkarbesök, muntligt och skriftligt. Förse patienten med information om dennes aktuella LDL-kolesterol-nivå och om målvärdet. 1.3: Vidareutbilda mottagningsköterskor om kolesterolsänkande behandling vid etablerad kardiovaskulär sjukdom.</p>

2: Bristfälliga rutiner för kontroll och uppföljning av kolesterol-nivåer.	2.1: I journalmallen "Besök Hjärta/kärl" ha som obligatorisk term "Målvärde LDL". 2.2: Mottagningsköterskor bokar in patienter för fysiskt besök och föregående provtagning för LDL-kolesterol varje gång patienter kontaktar mottagning för receptförnyelse av statiner. I bokningsunderlaget skall läkaren påminnas om patientens LDL-nivå vid föregående provtagning. 2.3: Läkare förnyar enbart statinrecept med ett uttag tills patienten nått målvärde LDL-kolesterol.
--	--

3: Felprioriteringar	3.1: Styra om vårdcentralens fokus till att ha denna patientgrupp som en av de högst prioriterade. 3.2: 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/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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med mycket hög kardiovaskulär risk som når målvärde för LDL-kolesterol.</i>	11%	1 jan 2023-31 dec 2023	90		31 Dec 2024
Indikator 2	<i>Andel patienter med mycket hög kardiovaskulär som tar statin.</i>	80%	1 jan 2023-31 dec 2023	90		31 Dec 2024
Indikator 3						

Indikator 4						
Indikator 5						
Kommentar (valfritt):						
<p><i>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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.</i></p>						
Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)						
<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 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? 						
<p><i>P: Mottagningsköterskor får en lista på patienter med mycket hög kardiovaskulär risk. Dessa ska föras in i en väntelista och bokas in för årlig kontroll med föregående provtagning inom 3 månader, det vill säga innan 31 maj 2024. I samband med besöket ska läkaren informera patienten, skriftligt och muntligt, om aktuell LDL-nivå och om målnivån. Läkaren ska också motivera patienter som inte har kolesterolsänkande behandling att påbörja statinbehandling. Som stöd för detta informeras patienterna skriftligt om statiner och deras förebyggande effekt.</i></p>						
Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.						
<p>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</p>						

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

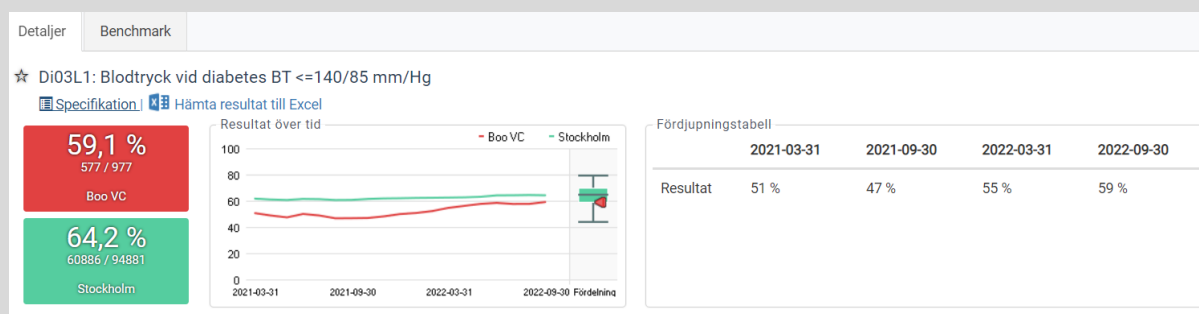
Det finns två delar av förbättringsarbetet som vi upplever är värt att fortsätta med.

1. Informera patienter vid läkarbesök, muntligt och skriftligt. Förse patienten med information om dennes aktuella LDL-kolesterol-nivå och om målvärdet. Vi har utvecklat ett informationsblad som är utformat för att ge patienter information om statiner med plats för individualiserad information om aktuell LDL-kolesterol nivå och patientens behandlingsmål baserad på riskskattning. Se bilaga.
2. Vi har tagit ut listor med patienter med mycket hög risk (dokumenterad aterosklerotisk sjukdom, Diabetes typ 2 (eller typ 1 >40 års ålder) med dokumenterad ateroskleros, Uttalad njurfunktionsnedsättning, Familjär hyperkolesterolemi) som inte når målvärdet >1,4 mmol/l. Listorna har delats ut till PAL för granskning och lämplig åtgärd.

Att kalla in patienter till extra besök visade sig inte vara framgångsrikt. Många hade varit på eller skulle snart komma på årskontroller och uppfattade dessa extra besök som onödiga.

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 patienter med mycket hög kardiovaskulär risk som når målvärde för LDL-kolesterol.</i>	11%	1 jan 2023-31 dec 2023	90%	21%	Medrave	1 jan 2024-31 dec 2024

Indikator 2	<i>Andel patienter med mycket hög kardiovaskulär som tar statin.</i>	79%	2023-12-31 dec 2023	90%	76%	<i>Medrave</i>	2024-12-31
Indikator 3							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2024</i>

Övriga kommentarer:

Indikator 2 var tagit från Medraves PVK rapport som visar endast data producerad på Norrvikens VC. Vid stickprov av 20 patienter som Medrave identifierade som obehandlade var de flesta behandlad via Danderyds Sjukhus med Statin och/eller Ezetimib. Flertal hade fått en anginadiagnos på akuten/närakuten som visade sig inte stämma. Indikatorn fungerade inte som tänkt när projektet inleddes.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Kombinationen av hög belastningen och den viktiga rollen som primärvården har i sjukvårdssystemet kräver prioritering. Att identifiera och fokusera på patienter med stora vårdbehov i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen är viktigt. Det är en utmaning att hitta effektiva metoder för att systematiskt identifiera patienter med stora vårdbehov som inte få företräde till vården. Det ena indikator vi valde visade sig inte vara användbar. Det första var dock bra att kunna följa effekten av våra försök.

God information till båda personal och patienter hjälper alla att fokusera på det som är viktigast och effektivisera sjukvårdsinsatser.

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?

Patienters föreställningar och tankar kring statinbehandling var källan till idén för vårt förbättringsarbete från början. Informationsbladet var utformat för att ge patienter ett bra vetenskaplig underlag för rekommendationer kring deras behandling.

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 med Informationsbladet till berörda patienter. Vi kommer att fortsätta att identifiera underbehandlade patienter och försöker prioritera dessa i vårt arbete.

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.