

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Lipider*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Ingemar Gustafsson	Verksamhetschefens e-post Ingemar.gustafsson@ptj.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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbättringsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, 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 2023 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.. Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> 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: Jens Degerman
Profession: ST läkare
E-post: Jens.degerman@ptj.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

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

A:

Kadri Koit, SSK

Åsa Moberg Specialistläkare Allmänmedicin.

B:

Intervjua några utvalda patienter med nedsatt compliance och sammanställa detta.

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/verktygslada-forbattringstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vi vill kartlägga LDL nivåer och behandling bland de patienter som faller inom mkt Hög risk grupp.

Då vi har en relativt ung och frisk patientpopulation i övrigt så kan det vara en risk att glömma bort denna mer sjuka grupp.

Efter kartläggning vill vi förbättra behandlingen med kolesterolsänkande läkemedel.

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.

LDL nivåer och behandling i Högriskgrupp för hjärtsjukdom.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Förbättrad kolesterolbehandling. (sänkt LDL enligt målvärden i riktlinjer)

Förbättrad överblick av patientgruppen med Mycket hög risk för hjärtsjukdom inom Telefonplans vårdcentral. Finns kanske en risk att denna grupp tappas bort lite i en övrigt ganska ung och frisk patientpopulation.

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-forbattringstrappa/>

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: För lite fokus på gruppen

1.1: Förbättringsarbete
1.2: ta upp på läkarmöte
1.3:

2: osäkerhet kring riktlinjer

2.1: Information på läkarmöte, morgonmöte,
2.2:
2.3:

3: nedsatt compliance hos patienter

3.1: Intervjua patienter om varför
3.2: diskutera samt testa andra preparat
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-forbattringsstrappa/>

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 start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel pat med Mkt högrisk för Hjärtkärlssjukdom som har LDL 1,4 el lägre:	7% uppfyller 57% upf ej	2023-04-01	35% som uppfyller	medrave	20240401
Indikator 2	Andel patienter utan hos oss reg LDL nivå	36% utan hos oss registrerat värde		10% Utan reg värde	medrave	

Kommentar (valfritt):

Indikator 1 och två: Otydlig angivelse av andel, ändrat.

Börjar med gruppen med Mycket Hög risk.

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-forbattringsstrappa/>

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 tänk? 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?

Steg 1 att gå igenom de som inte har ett reg värde och se om det finns hos andra vårdgivare, vilket inte medräknas tillåter för privat vc, och i så fall registrera hos oss, alt kalla för provtagning.
Steg 2 identifiera hinder för måluppnåelse hos pat. Disk med kollegor och ev utvalda pat.
Steg3 Informera om målvärde, till läkare och ssk.
Steg 4 implementera i patientarbetet

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:
forbättringsarbeten.apc.slsso@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

Kartläggning: De visade sig att en stor andel patienter utan reg värden hade det från andra vårdgivare, under den aktuella perioden. Går dock inte att föra över, ev via en mall framöver.
Vi har fört en diskussion med några patienter ang compliance, ofta samsjuklighet med smärttillstånd som påverkar.
Information: vid ett läkarmöte, mail och på farmaceutmöte. Informerat och diskuterat de nya riktlinjerna.

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	Andel pat med Mkt högrisk för Hjärtkärslsjukdom som har LDL 1,4 el lägre:	7% uppfyller	2023-04-01	35%	14%	medrave	2024-04-01
Indikator 2	Andel patienter utan hos oss reg LDL nivå	36% utan hos oss registrerat värde	2023-04-01	10%	36%	medrave/TC	2024-04-01

Övriga kommentarer:

Ändrad population, 24 fler patienter och några bortfall.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att det behövs mer konkreta åtgärder, för att få effekt, men att det går att ändra. Vissa saker är svåra att få in i dagligt arbete dock, behöver bokas in tid separat för att förbättra.

Största hinder för måluppfyllelse: tidsbrist, polyfarmaci (pat tycker att de har för mkt piller), smärttillstånd, kunskap om nya riktlinjer (lättast att åtgärda).

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?

Viss diskussion med patienter om compliance men inte tillräckligt.

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.

Ev ha en ansvarig dr, som kan följa upp behandlingar och statistiken över denna på.

Till detta avsatt tid.

Kalla en utvald grupp patienter på provtagning/uppföljning.

Mer informationsmoment om detta till nya kollegor även samt till alla. Tex på läkarmöte.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan förbättringsarbeten.apc.slso@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.