

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

## del 1 och del 2: *Fördjupande läkemedelsgenomgång*

| Information om husläkarmottagning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Mottagningens namn<br>Älvsjö Centrum Vårdcentral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |
| Verksamhetschef<br>Puja Abar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Verksamhetschefens e-post<br>Puja.abar@alvsjocentrumvc.se |
| <h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den <b>28 februari 2023</b>.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den <b>31 januari 2024</b>.</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> 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><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p> |                                                           |

### DEL 1 – Planen

| Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Namn: Anousheh Ghamari                                                                                                                        |
| Profession: Läkare                                                                                                                            |
| E-post: <a href="mailto:anousheh.ghamariabar@alvsjocentrumvc.se">anousheh.ghamariabar@alvsjocentrumvc.se</a> , Anousheh.ghamariabar@gmail.com |
| 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 kan ni rent praktiskt involvera era patienter för att influera själva förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).

A: Ange övriga teammedlemmar och deras professioner

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

A:

Monia Landolsi, dsk

Puja Abar, läkare, verksamhetschef

Anousheh Ghamari, läkare

Shakiba Abar, undersköterska

B:

Patientenkät kring upplevelse av att ha en fördjupad läkemedelsgenomgång där vi fokuserar på om de upplever att det ger de:

1. Ökad känsla av trygghet
2. Ökad känsla av kontroll
3. Ev. biverkningar som annars förbisets fångats upp av LMG.

### **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/verktyslada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Vi är en nystartad mottagning sedan 26/9-2022 och har i nuläget ca 2600 patienter. Vi har inför detta kvalitetsarbete suttit ner med våra två syster mottagningar för att se över vad som kan lämpa sig väl att fokusera på då vi inte har någon större statistik att utgå ifrån.

Vi vill se till att vi från början får in korrekta rutiner kring läkemedelsgenomgångar hos våra kroniskt sjuka patienter för 2 olika patientgrupper:

1. Våra hemsjukvårdspatienter
2. Våra kroniska sjuka patienter över 70 år.

Vi ser att våra systerkliniker har problem med att dokumentera korrekt och att skapa utrymme i kalendrar för när dessa genomgångar ska göras.

Vi ser med den tillväxt hastighet som vi har under dessa månader att vi kommer nå cirka 4000 patienter vid 2023 års slut. Vi har i dagsläget 7 patienter inskrivna i hemsjukvården.

Läkemedelsgenomgångar är ett mycket viktigt och centralt verktyg för att undvika fel/överbehandling samt att biverkningar blir förbisedda. Om vi utför dessa utförligt samt ser till att alla äldre patienter med flertalet mediciner får en genomgång har vi stora vinster inte bara på individnivå men även samhällsnivå med bla en tydligare läkemedelsförskrivning och minskat ”spill”.

### 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.

Läkemedelsgenomgångar

### Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

### Formulera här era mål:

1. Vi vill hitta ett strukturerat sätt att genomföra läkemedelsgenomgångar och skapa ett underlag för korrekt dokumentation samt KVÅ-diagnosticering så att dessa kan följas
2. Vi vill utföra och dokumentera minst 350 läkemedelsgenomgångar hos våra patienter som är över 70 år under 2023.
3. Vi vill utföra och korrekt dokumentera läkemedelsgenomgångar på 100% av våra hemsjukvårdspatienter

### Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se>

### 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

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a> | patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan:<br><a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</a> |
| 1: Felaktig KVÅ-kods sättning                                                                                                                                                                        | 1.1: Genomgång i läkargruppen<br><br>1.2: Genomgång med HSV teamets distriktssköterska och undersköterska<br><br>1.3: Uppföljning en gång i månaden på läkarmöte med statistik                                                                                                                              |
| 2: Oklara rutiner kring dokumentation av LMG                                                                                                                                                         | 2.1: Genomgång i läkargruppen<br><br>2.2: Genomgång med HSV teamets distriktssköterska och undersköterska<br><br>2.3:                                                                                                                                                                                       |
| 3: Behov av avsatt tid för detta för HSV patienter                                                                                                                                                   | 3.1: Schemalagd tid för detta i läkarnas kalender<br><br>3.2: HSV dsk koll på att alla HSV patienter årligen bokas in för detta specifikt<br><br>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 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

”balanserande 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.**

|                    | <b>Indikatornamn</b><br><br>T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol.<br><br><b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka | <b>Nuläge = Startläge</b><br>(% eller antal) | <b>Datum/period för startläge</b> | <b>Mål</b><br>(% eller antal) | <b>Källa</b> | <b>Datum för att uppnå målvärdet</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| <b>Indikator 1</b> | <i>Antal patienter över 70 år med genomförd LMG</i>                                                                                         | xxx                                          | Jan 2023                          | 350 st motsvarande ca 9%      |              | <i>Dec 2023</i>                      |
| <b>Indikator 2</b> | <i>Antal patienter inom HSV med genomförd LMG</i>                                                                                           | xxx                                          |                                   | 100%                          |              | <i>Dec 2023</i>                      |

**Kommentar (valfritt):**

### Steg 9 Action

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/verktyslada-forbattringstrappa/>

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 ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar.

1. Vi ska ha en genomgång kring dokumentation för hela personalgruppen som startskott
2. Vi ska ha avstämning en gång i månaden på läkarmöten med tydlig statistik

3. Vi ska ha avstämning på hsv ronder med tydlig statistik en gång i månaden avseende HSV patienter.
4. Vi ska ta fram patientenkäter för att följa deras upplevelse av dessa resultat.
5. Vi ska ha möte med våra systerkliniker en gång var tredje månad för genomgång av deras framsteg, idéer samt sätt att se på arbetet för att hitta inspiration och styrka i varandra arbetssätt.

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

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2023 del 1 och skicka in senast 28 februari 2023 till:  
forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

## **DEL 2 – Slutredovisningen**

**(dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

**A. 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**

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Om ni använt mallar för PGSA så kan ni skicka in dom som bilaga.

Vi har försökt att ha fokus på detta framför allt i relation till våra äldre. Vi har därför regelbundet diskuterat detta på våra möten. Vi ser dock att vi som en helt nystartad mottagning haft väldigt svårt att förutspå vårt patientantal, samt patientgrupp. Vi har bland annat haft mycket fler en gångs besök där pt sökt för enklare ”akuta” besök, och således inte haft lika mycket kroniker samt äldre som förväntat. Vi ser att vi lyckas lägga en grund med tydliga rutiner att arbeta utifrån under nästkommande år när vi nu har en mer tydlig patientgrupp.

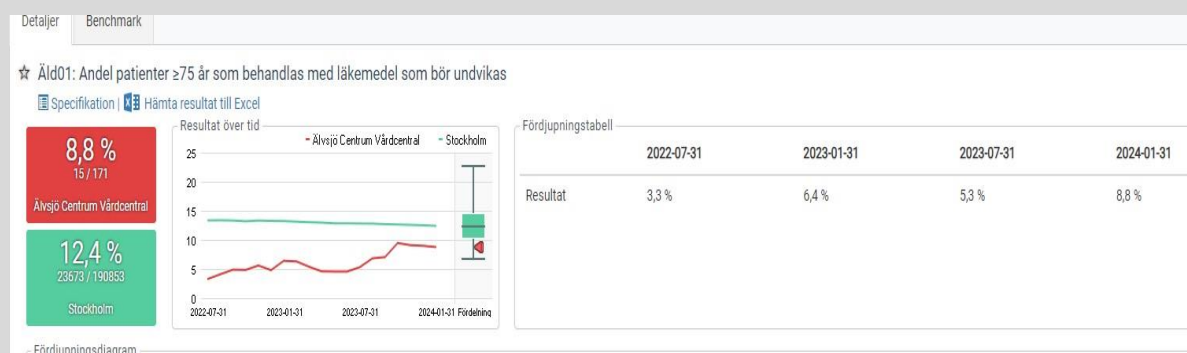
Vi har även med jämna mellanrum tagit fram statistik för att följa upp arbetet och har upplevt att vi har god kontroll över det regelbundna arbetet inom hemsjukvården. Vi har regelbundet på ronder

och vid besök följt upp patienterna i hemsjukvården avseende läkemedelsgenomgångar med både läkare och sjuksköterskor.

Vi har regelbundet tagit upp rutinen kring korrekt KVÅ-sättning av läkemedelsgenomgångar på läkarmöten. Vi har arbetat med att ta fram en inplastad lista med KVÅ-koder som är enkla att ta fram/ha bredvid sig vid datorn så man blir påmind om att sätta denna.

## B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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<br>(% eller antal) | Datum /period för start-läge | Mål (% eller antal)                                                      | Resultat (% eller antal)                                                          | Källa                        | Datum/period för resultat-värde t |
|--------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Indikator 1</b> | Antal patienter över 70 år med genomförd LMG |                               |                              | 350 st motsvarande ca 7% o 5000 listade patienter totalt på mottagningen | 44 st utförda vilket motsvarar 1% av samtliga patienter med 45000 listade och det | Medrave, journalgranskningar | Dec 2023                          |

|                    |                                            |  |  |      |                                                      |                                                 |             |
|--------------------|--------------------------------------------|--|--|------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|
|                    |                                            |  |  |      | motsvarar<br>15% av våra<br>patienter<br>över 70 år. |                                                 |             |
| <b>Indikator 2</b> | Antal patienter inom HSV med genomförd LMG |  |  | 100% | 80%                                                  | Medra<br>ve,<br>journa<br>lgrans<br>kninga<br>r | Dec<br>2023 |

### Övriga kommentarer:

Indikator 1 svårtolkad då patientantalet i dec 23 exempelvis skiljer sig markant från maj 23 så denna procentsats är något missvisande . Många pt som är ”nya” som vi ej hunnit träffa ännu.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi ser att vi inte haft en lika stor äldre befolkning (70+) som vi beräknade samt att vi inte efter ett år haft så stort patientunderlag som förväntades när målet sattes kring 350 genomgångar. Denna målsättning har på detta sätt varit orimlig sett i efterhand men var mycket svår att förutspå endast ett par månader in sedan vårdcentralens start. Vi upplever att vi byggt en god grund för att fortsatt ha en tydlig rutin kring LMG och även den korrekta diagnossättningen samt även framåt fokus på ett internt arbete med fokus på mediciner som patienter över 70 år inte bör behandlas med. Detta vill vi lyfta extra i vårt arbete framåt.

Vi ser också att vi har fina siffror avseende andel patienter över 75 år som behandlats med läkemedel som bör undvikas där vi ligger på 8,8%, vilket är en bit under Region Stockholms snitt. Vi ser att läkemedelsgenomgångar är en viktig del av detta.

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?

Vi har fört en nära dialog med patienterna kring deras önskan och upplevelse av läkemedelsgenomgångar. Vi har genomfört ett mindre antal enkäter (7 st) i samband med besök då vi inte haft ett så stort underlag att utgå ifrån. Utifrån de resultat samt tankar som vi erhållit har vi sett att det varit ett mycket uppskattat element där patienter upplever en ökad kontroll samt trygghet kring sin medicinska situation. Vi ser detta som ett tydligt tecken på att et förutom den rent

medicinska vinsten med denna typ av arbete även finns en vinst i patienternas upplevda känsla av den vård de erhåller samt sin egen makt över situationen.

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 ska tätare följa statistik för att kunna fånga upp om antalet LMG inte motsvarar det som bör göras i relation till vårdcentralens storlek. Nu när vi har ett mer "stabilt" patientantal och underlag kommer detta vara lättare att följa upp och utvärdera. Vi kommer kvartalsvis att ha en gångomgång av hemsjukvårdspatienter och använda oss regelbundet av Medrave för att kunna göra detta.

Vi har även planerat att månadsvis sätta upp statistik i fikarummet för att hela tiden hålla frågan levande och även som en daglig påminnelse.

#### **D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2**

t.ex. **"Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2"** och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan [forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se)