Region Stockholm

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Fördjupande läkemedelsgenomgång*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Attundahälsans Läkarpraktik	
Verksamhetschef Anousheh Ghamari	Verksamhetschefens e-post Anousheh.ghamari.abar@attundahalsan.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 forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023.

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.

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: Puja Abar Profession: Läkare E-post: Puja@elots.se
Att involvera flera

Region Stockholm

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:

Alexandra Destoni, Specialist i geriatrik

Anousheh Ghamari, Läkare och verksamhetschef

Agneta Carlsson , dsk hemsjukvård

Mino Zakariarie, dsk

Parisa Abar, undersköterska

B:

Patientenkät kring upplevsel 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 förbisetts 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/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 öka antalet läkemedelsgenomgångar hos våra patienter för 2 olika patientgrupper:

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

Vi upplever att vi genomför kontroller men att dessa kan göras betydligt mer systematiskt och strukturerat samt att de även måste registreras. Avseende registreringen ligger vi svagt och har under 2022 registrerat att vi utfört 285 läkemedelsgenomgångar, men när vi gör randomiserade kontroller hittar vi många besök där genomgång gjorts men inte korrekt registrerats. Med hänsyn till att vi har ca 7900 listade patienter och en relativt stor grupp av äldre i vårt patientklientel är det för låga siffror.

Detta innebär att vi endast utfört en läkemedelsgenomgång på 3,6% av samtliga patienter, vilket motsvarar 30% av våra patienter över 70 år.

Region Stockholm

Vi har endast dokumenterat LMG hos 5 av våra 15 hemsjukvårdspatienter i dagsläget. Där bör siffran vara minst 80%.

Läkemedelsgenomgångar är ett mycket viktigt och centralt verktyg för att undvika fel/överbehandling samt att biverkningar blir förbisedda. Om vi utför dessa mer 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 bland annat en tydligare läkemedelsförskrivning och minskat ”spill”. Vi ser också att vi kan bli än bättre på att upptäcka de mediciner som våra äldre patienter inte bör stå på. Börjar vi med ett fokus på patienter över 70 år kan vi arbeta preventivt innan mediciner gör mer skada än nytta.

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/verktygslada-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. Vi ska uppdatera vår lokala rutin.
2. Vi vill utföra och dokumentera minst 500 läkemedelsgenomgångar hos våra patienter som är över 70 år under 2023. Vi kommer inte att prioritera att göra en fördjupad läkemedelsgenomgång vid varje besök utan se till att det sker minst en gång per år. De patienter som söker oss och är över 70 år är ofta de med kroniska sjukdomar. Vi har satt gränsen lägre än 75 år för att kunna fånga upp avvikelser innan de blir äldre och står kvar på olämpliga läkemedel.
3. Vi vill utföra och korrekt dokumentera läkemedelsgenomgångar på 100% av våra hemsjukvårdspatienter. Då detta kan vara svårt har vi satt målvärdet på 80% men med fokus på att de patienter som skrivs ut alltid ska ha haft en fördjupad läkemedelsgenomgång innan utskrivning.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)	**Idéer till lösningar (För att nå målen)**
Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/	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/

Region Stockholm

1: Felaktig KVÅ-kods sättning	1.1: Genomgång i läkargruppen 1.2: Genomgång med HSV teamets distriktssköterskor 1.3: Uppföljning en gång i månaden på läkarmöte med statistik
2: Oklara rutiner kring dokumentation av LMG	2.1: Genomgång i läkargruppen 2.2: Genomgång med HSV teamets distriktssköterskor 2.3: Lokal Rutin uppdateras i läkargruppen.
3: Behov av avsatt tid för detta för HSV patienter för ansvarig geriatriker	3.1: Schemalagd tid för detta i ansvarig läkares kalender 3.2: HSV dsk koll på att alla HSV patienter årligen bokas in för detta specifikt 3.3: Innan patienter skrivs ut från hemsjukvården skall dessa ha haft en fördjupad läkemedelsgenomgång. Detta är en del av rutinen för HSV patienter.

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-forbattringstrappa/

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 processmåtten 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.**

	Indikatornamn	**Nuläge = Startläge** (% eller antal)	**Datum/ period för start-läge**	**Mål** (% eller antal)	**Källa**	**Datum för att uppnå mål-värdet**
Indikator 1	Antal patienter över 70 år med genomförd LMG	30% (285st)	Jan 2023	55% (500 st)	Medr ave dec 22	Dec 2023
Indikator 2	Antal patienter inom HSV med genomförd LMG	33%	Jan 2023	80%	Medr ave dec 22	Dec 2023
Indikator 3	Minska antalet patienter över 75 år som står på läkemedel som bör undvikas	11%	Jan 2023	8%	Medr ave dec 22	*Dec 2023*

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/verktygslada-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 blev 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?

Region Stockholm

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 tydligen statistik en gång i månaden avseende HSV patienter för att även fånga upp de patienter som endast är inskriva under kortare perioder.
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:
forbattringsarbeten.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.

Region Stockholm

Vi har haft genomgång av hur en korrekt dokumentation och hur en korrekt läkemedelsgenomgångs utförs. Vi har också tydliggjort skillnaden mellan en enkel och en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Detta för att det inte ska finns osäkerheter som leder till att genomgångar inte utförs.

Vi har haft journalgenomgång dör vi gått igenom exakt hur koder ska sättas och vilka som är aktuella.

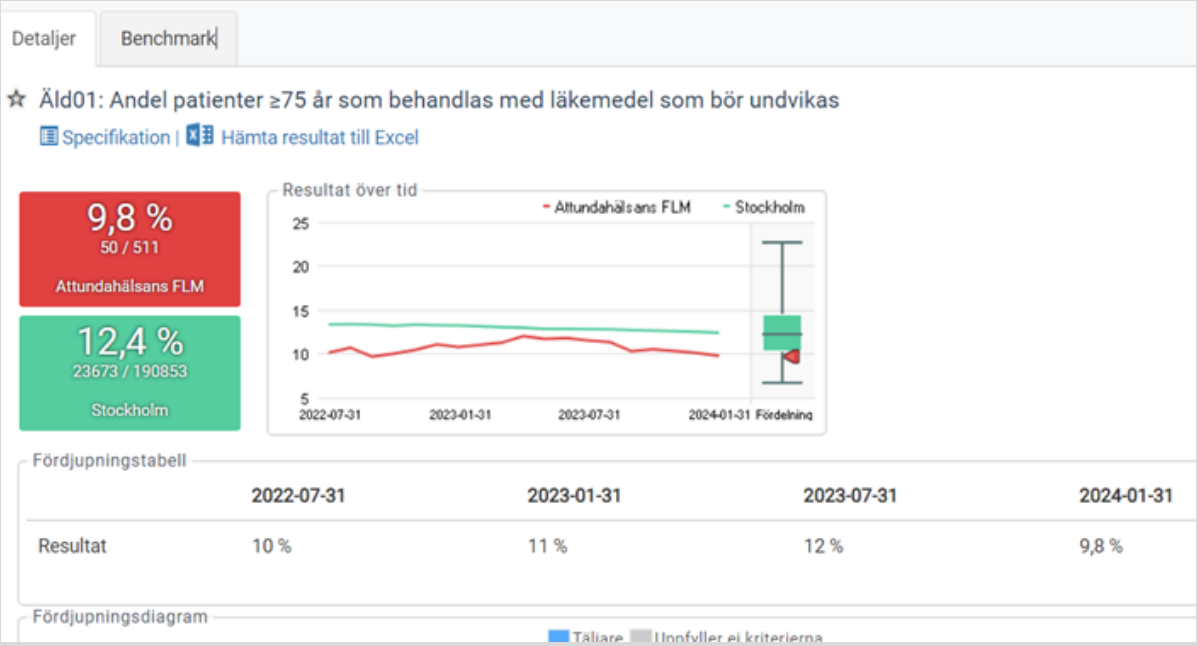
Vi har på läkarmöten en gång i månaden samt en gång i månaden på APM möten lyft frågan som en påminnelse.

Vi har genomfört patientenkäter där vi har sett över

1. Ökad känsla av trygghet
2. Ökad känsla av kontroll
3. Ev. biverkningar som annars förbisetts fångats upp av LMG.
4. Positiv eller negativ upplevelse av att genomföra en genomgång
5. Förslag på förändring.

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 T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	**Start-läge** (% eller antal)	**Datum /period för start-läge**	**Mål** (% eller antal)	**Resultat** (% eller antal)	**Källa**	**Datum/ period för resultat-värdet**

Region Stockholm

Indikator 1	Andel patienter över 70 år med genomförd LMG	30% (285st)	Jan 2023	55% (500 st)	45% (381 st)	Medrave dec 22	Dec 2023
Indikator 2	Andel patienter inom HSV med genomförd LMG	33%	Jan 2023	80%	85%	Medrave dec 22	Dec 2023
Indikator 3	Minska andelen patienter över 75 år som står på läkemedel som bör undvikas	11%	Jan 2023	8%	9,8%	Medrave dec 22	Dec 2023

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss vikten att ha tydliga rutiner men också behovet av att påminna om att sätta KVÅ koder när vi utför genomgångar. Vi ser tex en tydlig nedgång under sommaren och julen vilket delvis självklart kan förklaras av att en annan typ av besök görs men det är även då vi inte haft möten/påminnelser. Vi har lärt oss att det inte är helt lätt att engagera våra patienter. Vi har tex vissa språkbarriärer samt kulturella barriärer avseende enkätdeltagandet där det inte alltid setts som en central del av patienterna. Av de patienter som deltagit har det varit i princip endast positiv respons, men också tydligt att det är en väldigt homogen grupp som besvärar enkäten.

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 försökt att ta de åsikter som vi samlat för att finjustera våra rutiner då det i det stora hela varit en positiv respons från de 34 enkäter som vi fått svar på. Vi har även försökt att uppmuntra patienterna att ge feedback samt lagt ut information i väntrum avseende biverkningar, läkemedelsinteraktioner mm.

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 uppnådde inte helt våra mål, men ser i det stora hela en förbättring som vi kan ta med oss under 2024. Vi har ett minskat antal äldre patienter så procentuellt har vi ökat andelen genomförda läkemedelsgenomgångar för patienter över 70 år markant. Inom HSV upplever vi att arbetet med en geriatriker på plats på vårdcentralen givit en tydlig och trygg rutin för både kollegor och patienter vilket är något vi vill fortsätta med framåt. Vi ser även att andelen äldre med läkemedel som ska undvikas har minskat vilket vi ser som en positiv konsekvens av vårt arbete med läkemedelsgenomgångar. Vi vill även arbeta men att fler patienter som är listade på mottagningen får en namngiven läkare, vilket tydliggör exempelvis årskontroller då läkemedelsgenomgångar kan genomföras. Vi tänker att detta kan få oss upp ett steg vidare. Vi ska även en gång per kvartal ta fram statistik som tas upp på läkarmöten för att vi inte ska ”tappa fart” och som en regelbunden påminnelse om rutiner på mottagningen.

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

Region Stockholm

t.ex. **”Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2”** och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se