

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2:

Capio VC Lidingö olämpliga läkemedel för äldre 2023 del 1

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Capio Vårdcentral Lidingö	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Kristina Fant	kristina.fant@capio.se

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Inger Ansved Blomquist Profession: Specialist i allmänmedicin, MAL E-post: Inger.ansvedblomquist@capio.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: Maria Widd ST-läkare i allmänmedicin, ansvarig för HSV Caroline Wahlbeck sjuksköterska bl a på äldreomsorg och i HSV
B: Vi kommer involvera patienterna dels vid läkarbesöket, dels i hemsjukvården, via äldreomsorgen, via FLOW (vår chat), via hemsidan och via anslag på VC. Vi kommer ha ett övergripande fokus på 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-forbattningstrappa/>

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 minska antalet olämpliga läkemedel för våra patienter äldre än 75 år. Just nu ligger vi på 13,4% medan man i Region Stockholm i snitt ligger på 12,7%. Vi vill åtminstone komma i nivå med snittet i Stockholm men helst ännu lägre.

Just nu har vi 1314 patienter som är ≥ 75 år. Av dessa har 171 st olämpliga läkemedel.

Vi vill också öka andelen pat ≥ 75 år som har uppmätt njurfunktion av dem som har behandling med läkemedel som påverkar njurfunktionen. Nu ligger vår siffra på 90.4 % vilket är bättre än snittet i Stockholm på 85.4% men vi tänker att det kan ändå bli bättre.

Vi har kartlagt vilka läkemedel som det handlar om.

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.

Olämpliga läkemedel för äldre pat ≥ 75 år.

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:

Det övergripande målet är att förbättra läkemedelsförskrivningen till äldre patienter.

Målet är att undvika biverkningarna som dessa läkemedel kan ge, att öka hälsan i denna åldersgrupp samt om möjligt bidra till att patienterna inte läggs in i onödan på sjukhus.

Vårt konkreta mål är att färre än 12,7% av patienterna ≥ 75 år har olämpliga läkemedel, vilket motsvarar nuvarande genomsnitt i Region 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-forbattringsstrappa/>

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: bristande kunskap

1.1: utbildning lära av varandra
1.2: regelbundna genomgångar på möten
1.3: ALMA

2: ont om tid

2.1: mer tid
2.2: prioritera i sitt arbete
2.3: ALMA
2.4: spec ssk-ledd sömmottagning för äldre
2.5: fånga pat på äldre-mott samt i HSV

3: ovilja/slarv

3.1: morot och piska
3.2: ta upp på medarbetarsamtal
3.3: lönegrundande

4: svårt att få pat att vilja byta LM

4:1 "ta striden"
4:2 generell information till äldre "drive"
4:3 info på hemsidan, lokalt på VC, i FLOW

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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel pat ≥ 75 år som har för äldre olämpliga läkemedel	13,4%	230301	<12,7 %	Medr ave	231231
Indikator 2	Andel pat ≥ 75 år som har uppmätt njurfunktion av dem som behandlas med läkemedel som påverkar njurfunktionen	90,4%	230301	92%	Medr ave	231231

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 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?

För Indikator 1 tänker vi oss att arbeta på följande sätt:

1. Presentera planen för arbetsgruppen på VC.
2. Identifiera vilka läkemedel det rör sig om. Använda broschyren om LM för äldre. Varför är dessa läkemedel olämpliga? Vad kan de ge för bieffekter på äldre?
3. Identifiera anledningarna till att vi förskriver dessa läkemedel fastän vi inte ska.
4. Hitta sätt att medvetet arbeta med att få ned förskrivningen.
5. Ta hjälp av olika kollegor för att lära av varandra.
6. Involvera patienterna i detta för att öka förståelsen till ett ev byte.
7. Förankra i kollegiet. Följ upp var 14:e dag på läkarmöten.
8. Be att de aktivt dokumenterar när de sätter ut olämpliga LM.
9. Följ upp genom att se LMG i journal.
10. Analysera i arbetsgruppen och diskutera ev förändringar.
11. Återkoppla i kollegiet.

Motsvarande metodik används för indikator 2.

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.slso@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

Vi började med att identifierat de läkemedel som är olämpliga för äldre. Alla läkare har fått listor på dessa läkemedel och vi har diskuterat i grupp. Vilka negativa effekter kan dessa läkemedel ha och varför ska de sättas ut?

I samband med årskontroller och andra läkarbesök har vi noga tittat igenom läkemedelslistorna och vid behov gjort justeringar.

Vi har även informerat sjuksköterskorna och bitt dem vara observanta på patientens läkemedelslista och rapportera om de ser något som inte borde vara med.

Extra insatser har gjorts i vår hemsjukvård där vi har de mest sköra patienterna.

Vi har upprepat dessa diskussioner regelbundet under det gångna året. Dels på läkarmöten och dels på APT.

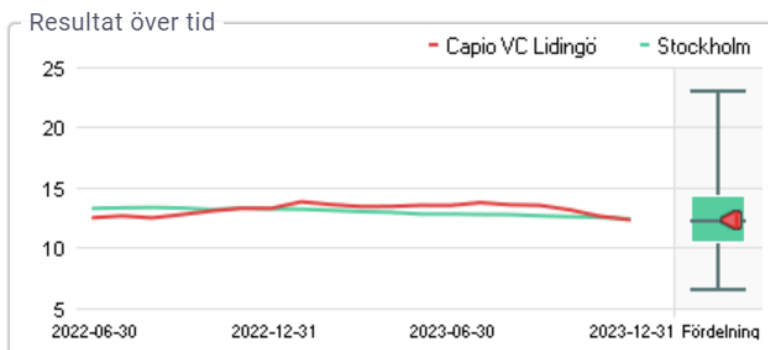
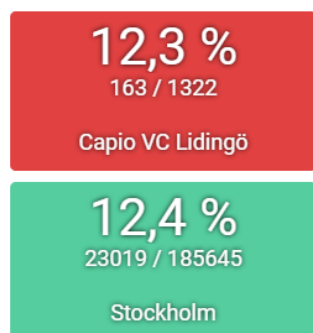
Vi har via "ALMA" i journalen varnats för olämpliga läkemedel. Det var en av våra kollegor som kontaktade företaget och bad dem lägga in varningen.

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.**

☆ Äld01: Andel patienter ≥75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas

 Specifikation |  Hämta resultat till Excel

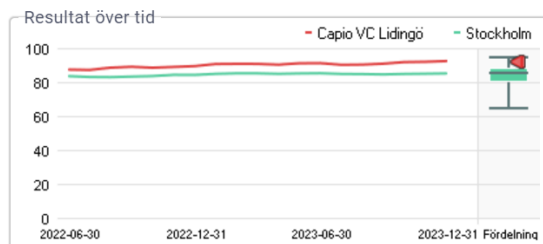


★ Äld02: Andel patienter ≥ 75 år som har uppmätt njurfunktion av dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)

92,4 %
931 / 1008
Capio VC Lidingö

85,1 %
123007 / 144580
Stockholm



	Indikatornamn	Start-läge	Datum /period för start-läge	Mål	Resultat	Källa	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	Andel pat ≥ 75 år som har för äldre olämpliga läkemedel	13.4%	230301	<12.7 %	12.3%	Med-rave	230301-240114
Indikator 2	Andel pat ≥ 75 år som har uppmätt njurfunktion av dem som behandlas med läkemedel som påverkar njurfunktionen	90.4%	230301	>92%	92.4%	Med-rave	230301-230114

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att vi kan vara mer aktiva i att rensa bort/ersätta och framför allt inte nyinsätta olämpliga läkemedel. Varför det är viktigt att undvika olämpliga läkemedel. Vilka biverkningar som finns.
 Att diskutera tillsammans hur vi kan göra.
 Att vissa läkemedel som verkar fungera trots att det är olämpligt t ex Saroten är svårt att ta bort.
 Att det är svårt att ta bort läkemedel som patienten har haft lång tid.
 Att ALMA kan vara ett bra hjälpmedel.
 Att det går att göra förändringar.

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 identifierat biverkningar.
 Vi har vid enskilda läkarbesök informerat och förklarat varför vi gör dessa medicinjusteringar.

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 på ett aktivt sätt jobba vidare med detta och inkludera patienten i besluten.