

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Läkemedelsgenomgångar*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Telgeakuten	
Verksamhetschef Gabriel Hanna	Verksamhetschefens e-post Gabriel.hanna@capio.se

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Gabriel Hanna Profession: Specialistläkare i allmänmedicin E-post: gabriel.hanna@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: Specialister: Gabriel Hanna, Ted Engfeldt. ST-läkare: Karam Toma, Hanan Malkey DSK: Gisela Petersen. SSK: Zsa Zsa Larsson. Med. Sekreterare: Inger Ritzén
B: I samband med årskontroller hos sjuksköterska på våra specialiserade mottagningar (astma/KOL, hypertoni, diabetes) skall patienten informeras om vårt förbättringsarbete, få ett brev om projektet, syftet och målet, samt en Phase20- självskattningsskala att fylla i inför nästa planerade läkarkontakt. De skall få tycka till och kunna ha möjlighet till att tacka nej till att delta.
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 önskar få till flera läkemedelsgenomgångar på våra äldre över 75 år än vad som är gjort tidigare år. Med fler läkemedelsgenomgångar kan vi lättare säkerställa att de sköraste patienterna står på adekvat behandling. Framför allt läkemedel som klassas som olämpliga för äldre skall seponeras om möjligt. Läkemedelsgenomgångar görs i regel i samband med många besök men dessa har inte registrerats korrekt och något systematiskt sätt att efterhöra ev biverkningar kopplade till medicin har inte gjorts i tillräckligt stor utsträckning. Rutin för fördjupad läkemedelsgenomgång finns sedan flera år. Vårt mål är således att få till fler läkemedelsgenomgångar med KVÅ-kod. I tillägg vill också påverka två andra indikatorer som vi är intresserade av att förbättra:

- Dygnsdosen beroendeframkallande smärtstillande medicin (gäller alla åldrar)
- Olämpliga läkemedel till äldre.

Dygnsdosen beroendeframkallande smärtstillande medicin ligger högre än stockholmsnittet. Kontinuerlig morfinanvändande ffa vid kronisk smärta saknar evidens och ökar riskerna för biverkningar och kan även vara livshotande, varför mängden måste reduceras då många står på morfin på felaktig indikation. Många andra läkemedel klassas som olämpliga läkemedel till äldre och av samma anledning önskar vi med läkemedelsgenomgångar seponera medicin eller hitta bättre alternativ till patienterna. Detta blir vår tredje indikator.

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/verktyslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

1. Huvudmålet är att erbjuda våra patienter en säker och adekvat mediciner.
2. Vi önskar få bättre överblick i våra läkemedelslistor som skall vara uppdaterade och aktuella.
3. Medicinering som bedöms vara olämplig, sakna indikation kopplat till patientens diagnoser, eller kan vara skadliga för patienten, skall genom läkemedelsgenomgångar tas bort efter konsultation med patienten.

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/>

Tidigare har vi inte jobbat så tydligt eller systematiskt med läkemedelsgenomgångar.

- 1.1: Skicka med informationsbrev och Phase20-självskattningsskalor till patienter på mottagningen inför kommande läkarbesök.
- 1.2: Medicinsk sekreterare ansvarar för att dubbelkolla att läkemedelsgenomgångarna är gjorda.
- 1.3: Ha förbättringsarbetet som en underrubrik på alla APT och möten för diskussion och analys av resultat.

Hög rotation på patienter som listar om sig. Många söker sig också till närakuten och även andra specialistmottagningar. Detta medför att medicinlistorna inte alltid uppdateras.

- 2.1: Nylistade patienter över 75 år och med fler än 5 läkemedel i den aktuella medicinlistan skall erbjudas Läkemedelsgenomgång med läkare
- 2.2: Nylistade patienter som brukar beroendeframkallande medicin skall rondas på mottagningen.
- 2.3: Ha förbättringsarbetet som en underrubrik på alla APT och möten för diskussion och analys av resultat.

Läkarna har inte jobbat enhetligt med årskontroller och läkemedelsförskrivning vilket har skapat inaktuella medicinlistor

- 3.1: Läkaren i samband med årskontroller ansvarar för att skriva ut mediciner och uppdatera läkemedelslistan.
- 3.2: Fortsätta arbeta med att varje patient skall ha en PAL
- 3.3: Ha förbättringsarbetet som en underrubrik på alla APT och möten för diskussion och analys av resultat.

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 ”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 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	Fördjupade läkemedelsgenomgångar	204 st år 2022	2023-01-01	550 st år 2023	Med-rave	2023-12-31
Indikator 2	Dygnsdosen beroendeframkallande smärtstillande medicin (alla åldrar)	3,77DDD/pat.	2023-02-14	3,59DDD/Pat.	Med-rave	2023-12-31
Indikator 3	Olämpliga läkemedel till äldre.	12,73DDD/pat.	2023-02-14	11,99DDD/pat.	Med-rave	2023-12-31

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 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?

Samtliga teammedlemmar i projektet har haft ett möte den 23-02-17 och diskuterat förbättringsarbetet och de indikatorer vi tänker arbeta med. Vi har utformat en plan på hur arbetet skall utföras under året. Samtliga medarbetare på vårdcentralen kommer 23-02-22 informeras om att detta blir vårt förbättringsarbete.

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: forbattringsarbeten.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?

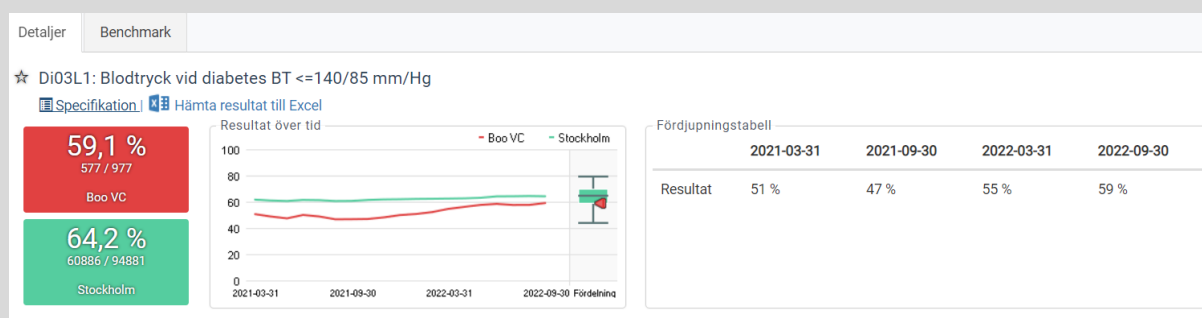
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bilfogas

I februari 2023 var samtliga anställda med på en genomgång av projektet på ett APT. Projektledaren presenterade då utdrag från medrave där vi kunde konstatera att vår förskrivning av beroendeframkallande smärtstillande medicin samt förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre tydligt stack ut från genomsnittet i regionen. Inledningsvis hade vi en diskussion om vikten om att värna och anstränga oss för de mest sköra och sjukaste av våra patienter, våra äldre. Vi valde därför gemensamt att aktivt arbeta efter de indikatorer som rapporten visar i syfte att erbjuda en bättre vård.

Vi har försökt engagera flertalet på vårdcentralen i förbättringsarbetet. Under året har våra sekreterare blivit bättre på att påtala om man verkligen gjort en läkedelsgenomgång på våra äldre då de saknar KVA-kod i diktaten. Sjuksköterskorna har med kallelsebrev för årskontroller också skickat med informationsblad och Phase20-självsbedömningskala till patienterna. På läkarmötena har statistik presenterats på enskilda läkares antal i läkemedelsgenomgångar och på APT har förbättringsarbetets aktualitet belysts månatligen. Konsultationstider har erbjudits enkom för läkemedelsgenomgångar. På onsdagar går vi alltid igenom det som står på förbättringstavlan när alla är samlade på morgonfikat och där har projektet haft en central roll vid flertalet tillfällen där våra aktuella resultat presenterats.

Resultat

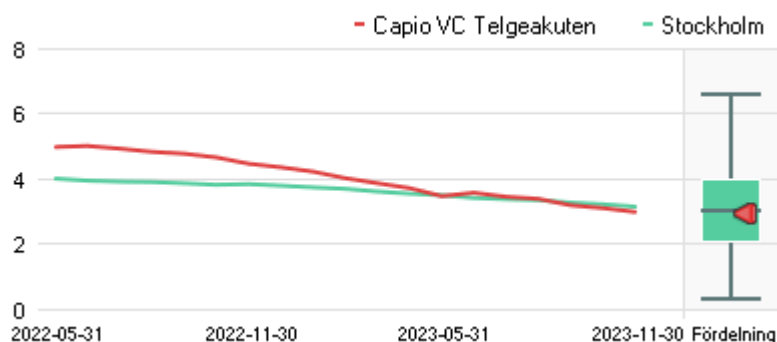
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



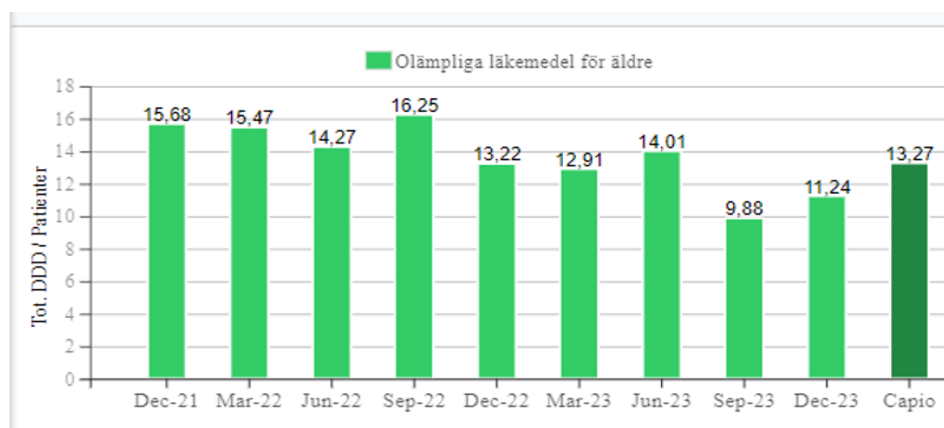
	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	Fördjupade läkemedelsgenomgångar	204 st år 2022	2023-01-01	550 st år 2023	458 st år 2023	Med-rave	2023-12-28
Indikator 2	Dygnsdosen beroendeframkallande smärtstillande medicin (alla åldrar)	3,77DDD/pat.	2023-02-14	3,59DDD/Pat.	2,40DDD/pat	Med-rave	T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året
Indikator 3	Olämpliga läkemedel till äldre.	12,73DDD/pat.	2023-02-14	11,99DDD/pat.	11,24DDD/pat.	Med-rave	T.ex. dec 2023

Övriga kommentarer:

Medravedatan har pga den stora trenden av på- och avlistning skiftat från period till annan beroende på när man drar fram statistiken. Ett totaltillskott på över 600 patienter har också haft en inverkan på datan. Vi har trots det kunnat visa på resultat med en tydlig förändring i syfte att uppnå målen.



Lm11alla: Andel patienter som behandlas med opioider



Olämpliga läkemedel för äldre (ljusgrön stapel för Telgeakuten)

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att hålla på linjen att inte förskriva opioider på felaktig indikation har varit en utmaning med många diskussioner med patienterna och flera vårdkontakter har nyttjats till detta. Det har mot slutet av året ändå gett effekter av att många patienter idag inte står på felaktig behandling och främjat arbetet till ett likriktat förhållningsätt på vårdcentralen som alla jobbar efter. Det har inte minskad listningen på vårdcentralen som en del befarat.

Kvalitetsarbetet har genererat ökad medvetenhet om att alltid ifrågasätta vilka mediciner patienten tar och ökat samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor i frågor kring medicinering och receptförnyelser. Rondarbetet har nyttjats till att ta upp frågor kring olämpliga läkemedel och beroendeframkallande medicin. Vi har med detta förbättringsarbete även sett andra goda resultat utanför nämnda indikatorer. Bland annat har mängden beroendeframkallande lugnande medicin minskat under året.

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?

Patienterna har många gånger erbjudits läkartid för läkemedelsgenomgång när de ringer om sin behandling. Många har i hemmet också fyllt i en Phase20-självskattningsskala innan deras besök till läkare på årskontroll, vilket ökat deras förståelse för vår önskan att säkerställa en god vård. Patienten har varit delaktig under processen och varit behjälplig med information som gjort medicinjusteringar mer korrekta.

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.

Att säkerställa en god medicinsk vård till de mest sköra av våra patienter och alltid behandla på rätt indikation är och förblir en viktig hörnsten i det förebyggande och aktiva arbetet på vårdcentralen. Det indikatorer vi valt att följa är därför en självklar viktig del i primärvårdens fortsatta arbete.

Grundsytet med valet av detta förbättringsarbete var att förbättra resultaten som varit dalande i jämförelse med regionen. Och trots högt uppsatta mål har vi lyckats presentera väldigt goda resultat som vi skall vara glada över. Minst en dubbling av läkemedelsgenomgångar, markant sänkning av olämpliga läkemedel till äldre och en opioidförskrivning som ligger under medelsnittet. Vårt sätt att arbeta med dessa frågor tar inte slut med inlämnad rapport. Nya rutiner är satta som gör att vi väljer att aktivt fortsatt erbjuda läkemedelsgenomgångar till äldre, aktivt väljer att ta diskussionerna om olämpliga läkemedel och läkemedel som saknar indikation. Vi jobbar ffa aktivt med att skriva in bedömningar i journalen under "läkemedel med beroendepotential" där det blir tydligt för alla att läsa vilken plan som finns för patienten som står på bl.a beroendeframkallande smärtstillande medicin. Arbetet med att utse en PAL till de flesta av våra patienter har också bidragit till en bättre arbetsmiljö i frågor kring receptförskrivning.

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 forbattringsarbeten.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.