

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

## Läkemedelsgenomgång och hälsosamtal för äldre

### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Kry vårdcentral Sibyllegatan

Verksamhetschef

Arash Sanari

Verksamhetschefens e-post

arash.sanari@kry.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.slso@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 del 1 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 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: Arash Sanari,

Profession: verksamhetschef och specialistläkare i allmänmedicin

E-post: [arash.sanari@kry.se](mailto:arash.sanari@kry.se)

Namn: Åsa Rydnert,

Profession: ST-läkare i allmänmedicin

E-post: [asa.rydnert@ad.kry.se](mailto:asa.rydnert@ad.kry.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 sidosjukvård, 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:

*Rebecca Hofman-Bang, ssk och biträdande verksamhetschef*

*Charlotte Lind distriktssköterska (DSK)*

*Åsa Rydnert, ST-läkare i allmänmedicin*

B:

*Eftersom att hälsosamtalen hos DSK är en nyframtagen rutin anser vi att det är viktigt att efterfråga patientens åsikt och feedback efter genomförda samtal.*

### **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/verktyglada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

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

*Vi har identifierat vård av äldre som den punkt där vi vill lägga allra störst fokus under 2023. Det visar att många äldre upplever att det är svårt att komma åt vård i högre grad än vad yngre uppger. De uppger även att de lider mer av brist på kontinuitet och att ingen tar övergripande ansvar över deras vård. I detta syfte ämnar vi göra tre åtgärder för att förbättra för denna patientgrupp.*

- 1) *Strukturerad äldremottagning, där samtliga minst 75 år fyllda, kallas till hälsosamtal hos distriktssköterska årligen.*
- 2) *Fördjupade läkemedelsgenomgångar hos alla där det är motiverat enligt riktlinjer från socialstyrelsen\**
- 3) *Drop-in mottagning för äldre så att de inte behöver sitta länge i telefon, vilket för många upplevs som frustrerande.*

*Kry Sibyllegatan har i nuläget (2023-02-21) 5566 listade patienter. Av dessa är 96 st 75 år eller äldre vilket motsvarar 1,7% av patienterna. Dessa patienter har ofta flera kroniska sjukdomar och*

polyfarmaci, varför nogsam kontroll via bland annat hälsosamtal och fördjupade läkemedelsgenomgångar, är av yttersta vikt.

Av dessa 96 patienter kvalificerar 14 st för fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt riktlinjer från Socialstyrelsen\*.

Under den senaste 12 månadersperioden har det enligt Medrave gjorts fördjupad läkemedelsgenomgång på blott en av dessa 14 patienter (7%). Vi vill ändra på detta då alla 14 patienter förmodligen skulle gynnas av en fördjupad läkemedelsgenomgång.

\*<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-22.pdf>

### 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 samt hälsosamtal för äldre*

### 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:

**Mål:** Att ha en mottagning som på flera sätt adresserar äldres vårdssituation. Målet för detta förbättringsarbete är att:

- 1) Erbjuder minst 90% av alla som är 75 år och äldre (oavsett antal läkemedel eller diagnoser) till hälsosamtal hos distriktssköterska på vår äldre mottagning.
- 2) Genomföra fördjupad läkemedelsgenomgång hos minst 90% av patienterna som är 75 år och äldre, har minst 5 läkemedel och i övrigt uppfyller kriterierna för fördjupad läkemedelsgenomgång enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

### 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-forbattningstrappa/>

### 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: Tidsbrist

- 1.1: Utöka DSK-resurser
- 1.2: Hitta tidseffektiva rutiner
- 1.3: Samarbete med olika vårdprofessioner

2: Ej tillräckligt många äldre

- 2.1: Visa att vi prioriterar äldre, tex med hälsosamtal, rutiner och drop in mottagning
- 2.2: Prioriterade tidböcker för äldre

3: Rutiner

- 3.1: Rutin att DSK bokar in patienterna till läkare
- 3.2: Tydlig mall för läkaren att journalföra i
- 3.3: Upprättande av rutin för äldre mottagning

### 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/verktyslada-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.**

|                                                               | <b>Indikatornamn</b><br>T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol.<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><br>(t.ex. Med-rave) | <b>Datum för att uppnå målvärdet</b> |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Indikator 1</b><br><i>Hälsosamtal</i>                      | <i>Andel skriftligen erbjudna hälsosamtal till patienter 75 år eller äldre hos DSK.</i>                                             | 0%                                           | 230221                            | 90% eller högre               | Med-rave                         | 231230                               |
| <b>Indikator 2</b><br><i>Fördjupade läkemedelsgenomgångar</i> | <i>Andel fördjupade läkemedelsgenomgångar hos patienter 75 år eller äldre som har minst 5 läkemedel.</i>                            | 7%                                           | 230221                            | 90% eller högre               | Med-rave                         | 231230                               |

### 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/verktyslada-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 blev 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 tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket kan fyllas på under arbetets gång.

- 1) Upprättande av rutin för äldremottagning.
- 2) Genomgång av rutin för samtliga medarbetare på vårdcentralen.
- 3) Upprättande av ett kallelsebrev där man tydligt informerar om vikten av att utföra ett hälsosamtal.
- 4) Utnämnd läkare på vårdcentralen som har övergripande ansvar för att genomföra fördjupade läkemedelsgenomgångar.
- 5) Påminnelse om att koda med rätt KVÅ-kod så att data skall bli korrekt och möjlig att få ut från Medrave.

*Uppföljning: Vi planerar att månadsvis mäta våra indikatorer samt återkoppla detta till kollegor på vårdcentralen.*

**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.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 har testat och infört ovan nämnda idéer och rutiner.*

### **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:**

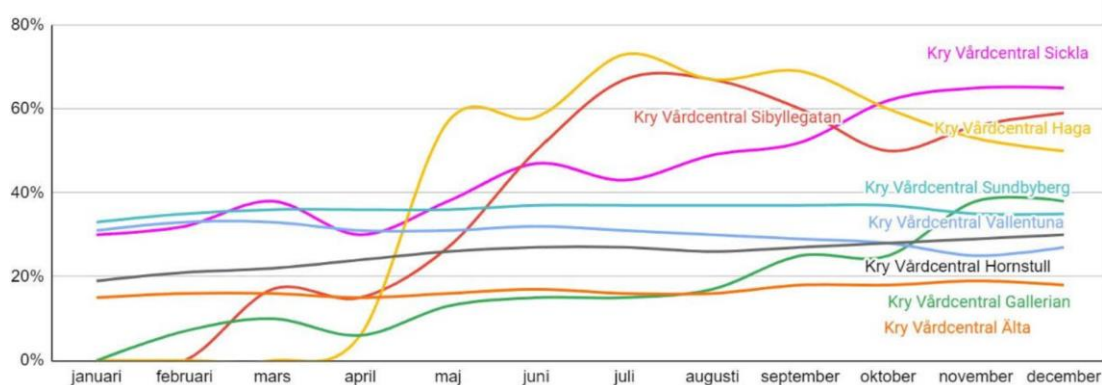
|                                                               | <b>Indikatornamn</b><br>T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol                          | <b>Startläge</b><br>(% eller antal) | <b>Datum /period för startläge</b> | <b>Mål</b><br>(% eller antal) | <b>Resultat</b><br>(% eller antal) | <b>Källa</b><br>(t.ex. Medrave) | <b>Datum/period för resultatvärdet</b> |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Indikator 1</b><br><i>Hälsosamtal</i>                      | <i>Andel skriftligen erbjudna hälsosamtal till patienter 75 år eller äldre hos DSK.</i>                  | 0%                                  | 230221                             | 90% eller högre               | 33.3%*                             | Medrave                         | 231230                                 |
| <b>Indikator 2</b><br><i>Fördjupade läkemedelsgenomgångar</i> | <i>Andel fördjupade läkemedelsgenomgångar hos patienter 75 år eller äldre som har minst 5 läkemedel.</i> | 7%                                  | 230221                             | 90% eller högre               | 58%** / 83%***                     | Medrave / Take Care             | 231230                                 |

### Övriga kommentarer:

\*Gällande Indikator 1 (hälsosamtal) har vi enligt Medrave per 2023-12-30 genomfört totalt 50 hälsosamtal. Detta innebär att 33.3% (50 /150 patienter) av alla våra patienter minst 75 år fyllda, haft ett hälsosamtal med DSK. En klar förbättring från tidigare 0%, men långt ifrån det ställda målet på 90%.

\*\*Gällande Indikator 2 (fördjupade läkemedelsgenomgångar) har vi enligt Medrave per 2023-12-30 ökat antalet genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar från 7% (1/14 patienter) till 58% (17/29 patienter). Se röda linjen i grafen nedan; Kry Vårdcentral Sibyllegatan. En klar förbättring men långt ifrån det ställda målet på 90%.

Andel patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel och där KVA-kod XV016 kodats



\*\*\*Gällande Indikator 2 (fördjupade läkemedelsgenomgångar) har vi enligt Take Care per 2023-12-30 ökat antalet genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar från 7% (1/14 patienter) till 83% (24/29 patienter), mycket nära det ställda målet på 90%.

När vi såg det låga resultatet fördjupade läkemedelsgenomgångar i Medrave var vår magkänsla att detta inte kunde stämma. Vi valde därför att kontrollera antalet genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar i Take Care, och noterade att siffrorna var avvikande. Vi kontaktade

Medrave som informerade att vår data i Medrave inte var komplett. Detta då Medrave inte tar med patienterna i sökresultatet om vi inte själva ordinerat samtliga läkemedel. Om vi exempelvis genomför en fördjupad läkemedelsgenomgång på en patient med minst 5 läkemedel, varav ett eller fler av dessa läkemedel ordinerats på annan vårdinstans, så kommer patienten inte med i vår statistik från Medrave. Enda sättet att komma runt detta, är att alla våra läkare signerar om samtliga läkemedel som ordinerats av annan vårdinstans i Take Care, en rutin som vi inte haft och som förklarar skillnaden mellan Medrave och Take Care.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

### Slutreflektion Fördjupade läkemedelsgenomgångar

Vid första anblick i Medrave verkade det så att vi låg en bra bit från våra ställda mål. Via Take Care kunde vi dock konstatera att så inte var fallet, och att vårt faktiska resultat på 83% varit nära vårt mål om 90%.

### Slutreflektion Hälsosamtal

Vi konstaterar att resultatet på 33.3% är en klar förbättring men en bra bit ifrån vårt mål om 90%. Anledningen till att vi inte lyckades leverera bättre resultat, beror på att antalet patienter minst 75 år fyllda, ökat under året från 96 patienter till hela 150 patienter. Antalet patienter i denna målgrupp har därmed vuxit med hela 56% på drygt nio månader. En överraskande positiv tillväxt som vi inte räknat med eller planerat för resursmässigt i detta projekt. Den avsatta tiden för detta arbete hos DSK blev därmed en trång sektor som återspeglades i resultatet.

I det fall patientgruppen minst 75 år fyllda legat på samma nivå (96 patienter istället för 150 patienter), hade vi med de tilldelade resurserna för projektet uppnått ett resultat på 52% (50 /96 patienter), i stället för 33.3%.

Den kraftiga ökningen på 56%, av patientgruppen minst 75 år fyllda, förklaras sannolikt av förbättringsåtgärden i form av vår drop-in mottagning för äldre. Detta syns tydligt då patientgruppen minst 75 år fyllda har ökat från 2023-02-21 där den låg på 1,7 % (96 patienter av totalt 5666 listade) till att per 2023-12-30 vara 2,56% (150 patienter av totalt 6650 listade).

### Lärdomar

Vi har lärt oss att:

- det kan vara bra att samla in data från två olika oberoende källor för att undvika eventuella datafel.
- relativt små insatser kan ge betydelsefulla resultat som påverkar folkhälsan.
- förändringar i verksamheten kräver tid och vi borde haft rimligare ställda mål.
- genom fungerande rutiner och kraftsamlingar över flera roller och ansvarsområden lyckas man skapa mervärde.

Vi har i efterhand kunnat se att många patienter i målgruppen minst 75 år fyllda faktiskt varit i behov av en fördjupad läkemedelsgenomgång. Genom våra insatser har vi kunnat ge denna patientgrupp en bättre livskvalitet.

Allt som allt är vi mycket nöjda med det förbättringsarbete vi genomfört under 2023, och ser framemot att förbättra oss ytterligare under 2024.

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 löpande under projektets gång samlat in muntlig feedback. Många patienter tycker att det är trevligt att få komma på ett hälsosamtal och de flesta är övervägande positiva. En del patienter har dock tackat nej till kallelsen med hänvisning till att de anser sig vara alldeles för "friska" för ett hälsosamtal, alternativt att de redan regelbundet går till läkare och känner att ytterligare besök inte behövs. Eftersom de flesta patienter varit positiva har vi beslutat att fortsätta med att kalla in alla 75 år fyllda till årliga hälsosamtal.*

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 vidhålla samtliga införda rutiner som tillhör detta förbättringsarbete då dessa gett tillfredsställande och mätbara resultat. För att säkerställa detta kommer vi att:*

- 1. Se till att DSK och läkare får fortsatt avsatt tid för detta arbete och eventuellt öka tiden för att möta tillväxten i patientgruppen minst 75 år fyllda.*
- 2. Fortsätta med att kalla in alla listade patienter fyllda minst 75 år, via kallelsebrev, till ett årligt hälsosamtal med bland annat enkel läkemedelsgenomgång hos DSK.*
- 3. Fortsätta med att kalla in alla listade patienter fyllda minst 75 år till läkare för fördjupad läkemedelsgenomgång där det är motiverat enligt riktlinjer från Socialstyrelsen.*
- 4. Fortsätta med att använda en detaljerad mall med rätt KVÅ-kod för att säkerställa en homogen kvalitet oavsett utförande vårdpersonal. Detta säkerställer även att arbetet kontinuerligt med jämna mellanrum kan kontrolleras och mätas i Medrave.*
- 5. Utvärdera om samtliga läkare bör signera om läkemedel ordinerat av annan vårdinstans för att säkerställa att data i Medrave blir korrekt.*
- 6. Fortsätta erbjuda drop-in mottagning för alla fyllda minst 75 år. Detta för att kunna erbjuda patientgruppen en snabbare och tillgängligare vård, och fånga upp målgruppen som ofta är i behov av en fördjupad läkemedelsgenomgång.*

**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 [forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.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.