

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Fördjupad läkemedelsgenomgång*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Sofia Vårdcentral	
Verksamhetschef Lena Ohlen	Verksamhetschefens e-post Lena.ohlen@sofiavardcentral.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 <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> 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: Anousheh Ghamari
Profession: Läkare
E-post: 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: Lena Ohlen, Verksamhetschef Hannah Rahnamoon, ssk hemsjukvård Eva Skoot, dsk Anousheh Ghamari, läkare Puja Abar, läkare Alain Dartiguelongue, läkare Saba Elias, undersköterska Shamarey Abdlghafer, undersköterska hemsjukvård

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/vertygslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/vertygslada-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 kroniskt sjuka patienter för 2 olika patientgrupper:

1. Våra hemsjukvårdspatienter
2. Våra kroniska sjuka 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 mycket svagt och har under 2022 registrerat att vi utfört 76 läkemedelsgenomgångar. Med hänsyn till att vi har ca 7600 listade patienter och en stor grupp av äldre i vårt patientklientel är det alldeles för låga siffror. Detta innebär att vi endast utfört en läkemedelsgenomgång på 1% av våra patienter.

Vi har endast dokumenterat LMG hos 8 av våra 84 hemsjukvårdspatienter. Där bör siffran vara 100%.

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 bl.a. en tydligare läkemedelsförskrivning och minskat "spill".

Vi vill se till att få ner antalet patienter över 75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas. Vi ser att vår mottagning siffra ser något sämre ut än det som är snittet i Region Stockholm och ser

det som ett tecken på att det är ett förbättringsområde. Läkemedelsgenomgångar på patienter över 70 år är ett sätt att förhindra att våra äldre blir kvar på olämpliga läkemedel när de är i 75 årsåldern och äldre.

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-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 500 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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringstrappa/>

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/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Felaktig KVÅ-kods sättnig

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:

3: Behov av avsatt tid för detta för HSV patienter

3.1: Schemalagd tid för detta i läkarnas kalender
3.2: HSV dsk koll på att alla HSV patienter årligen bokas in för detta specifikt
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-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 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	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal patienter över 70 år med genomförd LMG av det totala antalet patienter på mottagningen.	76 st (1%)	Jan 2023	500 st (7%)	Medr ave dec 22	Dec 2023
Indikator 2	Antal patienter inom HSV med genomförd LMG	8 st (9,5%)	Jan 2023	84 st (100%)	Medr ave dec 22	Dec 2023
Indikator 3	Andel patienter över 75 som behandlas med läkemedel som bör undvikas	15,7%	Jan 2023	12%, vilket är strax nedom snittet i Region Stockholm	Medrave dec 22	Dec 2023

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-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 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?

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:

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**

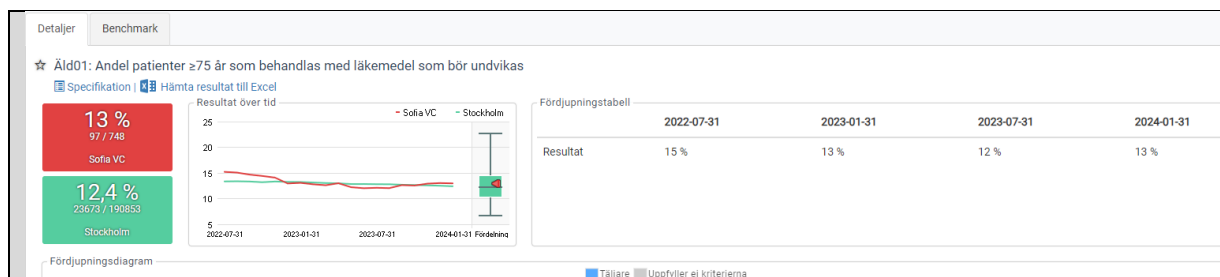
Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

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

Vi har regelbundet haft detta som en stående punkt på månadsmöten samt även tagit upp det minst en gång per månad på läkarmötena. Vi har genomfört patientenkäter hos patienterna över 75 år, 27 st, avseende upplevelsen av att göra en läkemedelsgenomgång och vilka parametrar som är viktiga och bra ur patientperspektiv. Vi har sedan lyft dessa punkter i vårt arbete framåt och i våra möten på rummet.

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
Indikator 1	Antal patienter över 70 år med genomförd LMG av samtliga patienter	76 st (1%)	Jan 2023	500 st (7%)	170 st (2,3%)	Medrave dec 22	Dec 23
Indikator 2	Antal patienter inom HSV med genomförd LMG	8 st (9,5%)	Jan 2023	84 st (100%)	53 st (78%)	Medrave dec 22	Dec 23
Indikator 3	Andel patienter över 75 som behandlas med läkemedel som bör undvikas	15,7 %	Jan 2023	12%, vilket är strax nedom snittet i Region Stockholm	13%	Medrave dec 22	Dec 23

Övriga kommentarer:
Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi ser att vi fortsatt har en lång väg att gå men att vårt införande av rutiner har tagit oss en bit på vägen framför allt avseende våra hemsjukvårdspatienter. Vi ser att vi på grund av personalbyten i läkargruppen haft det svårare att genomföra vårt arbete då det varit flertalet som under årets gång behövt introduceras, dock har det blivit lättare under året då rutinen blivit allt tydligare. Vi har höjt oss rejält avseende hemsjukvård patienterna.

Avseende indikator 3 ser vi när det görs randomiserade ned dykningar i journaler för patienter över 70 år att vi fortsatt hittat en hel del läkemedelsgenomgångar som var genomförda utan att KVÅ kod var satt. Vi tror fortsatt således att vi har ett visst mörkertal.

Vi ser att det har givit resultat avseende indikator 3, där vi har en förbättring och närmar oss snittet i regionen. Vi kan självklart bli ännu bättre men en sänkning på 2,7% ser vi som en tydlig förbättring och en indikation på att vi lyckas lyfta arbetet i vår kliniska vardag.

Vi såg en väldigt positiv respons hos våra äldre avseende läkemedelsgenomgång och det har ytterligare lyft oss i vår övertygelse att detta är en mycket viktig komponent inte bara medicinskt utan också för patientens upplevelse av kontroll och förståelse för sin egen sjukdomsbild och behandling. Vi tar med oss att vi fortsatt kontinuerligt ska uppdatera med statistik och ska börja sätta upp denna i vårt konferensrum för att det ska bli en påminnelse och en "trigger" att minnas detta i det dagliga arbetet.

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?

Genom att utvärdera det som kommit fram i både enkäter men även genom det som sagt "på rummet" avseende upplevelsen av genomförda läkemedelsgenomgångar. Bara genom att utföra enkäter eller ge möjligheten till att fylla i en enkät tror vi att patienter upplever en viss lyhördhet och känsla av att bli mer sedda i sitt besök. Vi har försökt att anpassa, finslipa vårt arbetssätt tex genom att många tyckte att det var väldigt bra att bli erbjudna att få med sig en läkemedelslista i handen och att vi ska erbjuda detta istället för att invänta en förfrågan om det.

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 fortsätta med att ha arbete med enkäter. Vi måste bli duktigare på att fortsatt genomföra läkemedelsgenomgångar samt sätta korrekta KVÅ koder. För att göra detta måste det vara ett ämne som regelbundet lyfts, ffa på läkarmöten. Vi kommer sätta upp detta som stående punkt en gång i månaden. Vi ser att de läkare som nu är i tjänst har en bra grundläggande introduktion till konceptet och vår interna rutin vilket vi ser bör avspegla ett 2024 men än bättre resultat.

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