

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

del 1 och del 2

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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.hsf@sll.se senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [QRC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

DEL 1 – Planen

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.
Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

Fabian Befrits ST-läkare allmänmedicin fabian.befrits@hlmtegnen.nu
Niklas Heijne specialist i allmänmedicin niklas.heijne@hlmtegnen.nu

Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?**
Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck

Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke

Vi ser ett tydligt förbättringsområde gällande mottagningens antibiotikaförskrivning. Vi ser i STRAMAS årsrapporter samt efter kontakt med informationsapotekare att vi ej når målen för antibiotikaförskrivning.

Vi genomförde anonymiserad journalgranskning hos alla patienter med faryngotonsillit (J03, J36, J369, J02, J020, J028, J029) under perioden 180101-181231 (159 st varav 118 st antibiotikabehandlades).

aSteg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

Halsont är en vanlig sökorsak inom primärvården. Vi vill minska förskrivningen av onödig antibiotika och förbättra användningen av strep A snabbtest hos patienter med faryngotonsillit på vår mottagning och jämföra resultaten med STRAMA's riktlinjer.

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt
T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer

Vi vill öka följsamheten till STRAMA's riktlinjer och därigenom minska förskrivningen av onödiga antibiotikarecept till patienter med faryngotonsillit. Genom minskad förskrivning av onödig antibiotika minskar vi risken för resistensutveckling samt minskad miljöpåverkan.

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

- Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.
- Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).

- - Bjuda in representanter från STRAMA för utbildning om aktuella behandlingsrekommendationer.

-Utbilda och informera alla personalkategorier om handläggning av luftvägsinfektioner samt dess behandling

- Mer noggrann följsamhet till centorkriterier och användning av strep A snabbtest.

- Information från informationsapotekare om vår förskrivning.

- En minskning av mängden onödig antibiotikaförskrivning skulle gynna patienterna genom att minska risken för biverkningar, minska påverkan på miljön samt i längden en minskad resistensutveckling.

Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er

förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	Andel behandlade med förstahands antibiotika	87%	180101-181231	>90%	20191231
Indikator 2	Andel antibiotikabehandlade patienter med positiv strep A	52%	180101-181231	>80%	20191231
Indikator 3	Andel antibiotikabehandlade patienter med negativ strep A	14%	180101-181231	<10%	20191231
Indikator 4	Andel antibiotikabehandlade patienter med >/= 3 av 4 Centorkriterier	27%	180101-181231	>30%	20191231

Kommentar (valfritt):

Som synes ovan är det en relativt stor andel patienter som fått antibiotika förskrivet utan att ha tagit strep A samt utan att uppfylla 3 eller fler Centorkriterier. Vår förhoppning är att genom bättre följsamhet till STRAMA's riktlinjer kunna minska den totala mängden förskrivna antibiotika samt även kunna öka andelen behandlade med förstahandsantibiotika.

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: forbattningsarbeten.hsf@sll.se

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Med anledning av utgångsläget med relativt låg följsamhet till STRAMA´s riktlinjer har vi satsat på lokala utbildningsinsatser. Fabian Befrits har tagit del av föreläsning av representant från STRAMA och har därefter anordnat föreläsning för samtliga personalkategorier på mottagningen med genomgång av evidens och därav följande riktlinjer. Utöver detta har läkargruppen informerats fortlöpande om indikatorerna och vikten av följsamhet till riktlinjer. Målet är att åstadkomma en attitydförändring hos förskrivande läkare och därigenom en högre följsamhet till riktlinjer.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel behandlade med förstahands antibiotika	87%	190101	>90%	84%	191231
Indikator 2	Andel antibiotikabehandlade patienter med positiv strep A	52%	190101	>80%	56%	191231
Indikator 3	Andel antibiotikabehandlade patienter med negativ strep A	14%	190101	<10%	6%	191231
Indikator 4	Andel antibiotikabehandlade patienter med ≥ 3 av 4 Centorkriterier	27%	190101	>30%	15%	191231

Övriga kommentarer:

Som synes har vi lyckats mer än halvera andelen patienter med negativ strep A test som fått antibiotika förskrivet. Tyvärr har vi ej lyckats uppnå övriga mål. Tänkbara felkällor är bristfällig journaldokumentation där andel uppfyllda centorkriterier ej dokumenterats fullständigt samt att vi har en stor andel läkare med lång klinisk erfarenhet som sannolikt lägger stor vikt vid sin kliniska bedömning snarare än beslutsalgoritmer. Vi håller det för sannolikt att indikator 4 är högre än utfallet.

<p>C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vad har ni lärt er? • Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården? • Vad har ni för plan framåt gällande detta område? • Vilka datakällor har varit användbara för er?
<p>1. Vi har för låg följsamhet till STRAMA' riktlinjer och arbetet med attitydförändringar hos förskrivande läkare kommer sannolikt att ta tid och kräva fortsatt utbildningsarbete.</p>
<p>2. Vi har i utbildningsarbetet uppmanat samtliga personalkategorier att informera patienter om rådande riktlinjer för behandling av halsinfektioner och vi ser att även att det totala antalet patienter med diagnoskoder (J03, J36, J369, J02, J020, J028, J029) har minskat under 2019 jämfört med 2018.</p>
<p>3. Vi behöver satsa på fortsatt utbildningsarbete och utvärdera resultat för att åstadkomma en bättre följsamhet till STRAMA's riktlinjer.</p>
<p>4. Anonymiserad journalgranskning efter sökning på diagnoskoder (J03, J36, J369, J02, J020, J028, J029)</p>
<p>D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2 t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.hsf@sl.se</p>