

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Centrum Doktorn	
Verksamhetschef Gustaf Allerstrand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: Hjärtsvikt

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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2022**. 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 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

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.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.

Gustaf Allerstrand, verksamhetschef
Anna Lindgärde, spec i allmänmedicin
Helena Segolsson, distriktssköterska
Sara T Andersson, distriktssköterska
Helena Lindkvist, GDPR-ansvarig/Medicinsk sekreterare
Rachel Hagén, VD-sekreterare

Kontaktperson: Rachel Hagén, VD-sekr, rachel.hagen@tabycentrumdokter.se

Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Centrum Doktorn	
Verksamhetschef Gustaf Allerstrand	Aktnummer (ifylles av HSF)

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. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja 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>

Generellt upplever vi att våra kvalitetsparametrar gällande de kroniska sjukdomarna har blivit sämre under pandemiåren. Vi hoppas kunna ta tag i samtliga kroniska diagnoser.

Diabetes, Hypertoni, hjärtsvikt, KOL, psykisk ohälsa är stora områden som fortlöpande är i behov av förbättring gällande diagnostik, behandling och uppföljning

Psykosocialt team: utökats med första linjen för barn och unga och har en positiv utveckling.

Patienter med diabetes, hypertoni, förmaksflimmer och hjärtsvikt är patienter med många gemensamma bakgrundsfaktorer, mediciner och behov, och vi har sedan tidigare riktade omhändertagande av vissa av dessa grupper, men sämre gällande hjärtsvikt.

Vi har ingen tydlig vårdkedja gällande hjärtsvikt och ser en låg prevalens av hjärtsvikt hos oss.

Förekomsten av hjärtsvikt enligt primärvårdskvalitet är 1,1% och bör ligga på 2%. Vi har 245 patienter med diagnosen hjärtsvikt och har en relativt sett hög andel av äldre patienter listade hos oss. Vi bör rimligen ha fler med diagnosen hjärtsvikt hos oss.

Behandlingsmässigt gällande de vi hittar ligger vi dock som rikssnittet.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Hjärtsvikt

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)

Hjärtsvikt är en sjukdom med hög mortalitet och som ger mycket lidande för patienten.

Vi har därför detta år valt hjärtsvikt då vi ser att vi inte har en tydlig vårdkedja, inte verkar upptäcka våra hjärtsviktpatienter. Vi ser en förbättrad medvetenhet och struktur runt denna patientgrupp som ett första steg till ett annat och större kardiovaskulärt omhändertagande av hjärt/kärl patienter. Vi har även som mål att öka samarbetet med andra i hjärtsviktskedjan på närliggande sjukhus Danderyds sjukhus och ASIH.

Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

Antal patienter med diagnosen hjärtsvikt ska öka (Medrave).

Andel patienter med behandling med RAAS och betablockad ska öka (Primärvårdskvalitet, delmål 5).

Andel patienter med återbesök ska öka (Primärvårdskvalitet, 4A).

Andel patienter med hjärtsvikt som tillfrågats om rökvanor ska öka (Medrave).

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Centrum Doktorn	
Verksamhetschef Gustaf Allerstrand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Se om vi kan öka prevalensen till den nivå vi bör ligga på om cirka 2%. Vi vill även öka den medikamentella behandlingen där vi ligger något lägre i jämförelse med riket och Stockholm, gällande såväl andel som har RAAS blockad och betablockad.

Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? 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. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:
<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>
 - Hur tar ni reda på vad som 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](#).
- Strukturen kan förbättras och implementeras. Mallar skall göras och befintliga skall förbättras. Samverkan mellan läkare och ssk kan förbättras dels gällande mottagningsarbete, men även inom hemsjukvården.
Ökad samverkan med Danderyds sjukhus och ASIH. Det planeras en föreläsning för läkargruppen av läkare på DS för att se hur vi skall arbeta med patienterna i vårdkedjan
 - Detta får vara en del av ett mer långsiktigt projekt för ett annorlunda omhändertagande av patienter med kardiovaskulär risk. Framöver finns planer på att ha ett mer patientcentrerat än diagnosbaserat arbetssätt.
Vi tänker att hjärtsviktsbroschyr till patienterna kan finnas på vår hemsida att laddas ner.
Vi har tillsatt en arbetsgrupp som får titta på hur vi kan involvera patienterna vidare.

Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal patienter med diagnosen hjärtsvikt (MedRave):	157 pat 2020-02-01–2022-02-01		350 (1,6%)	Medrave	2022-12-31

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Centrum Doktorn	
Verksamhetschef Gustaf Allerstrand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 2	Andel patienter med behandling med RAAS och betablockad (PV kvalitet 5)	52,3%		54% (riket)	PV kval	2022-12-31
Indikator 3	Andel patienter med återbesök (PV kvalitet Hj4A)	65,8%		67% Stockholm)	PV kval	2022-12-31
Indikator 4	Andel patienter med hjärtsvikt som tillfrågats om rökvanor (Medrave)	2020-02-01–2022-02-01 = 45% tillfrågade		50%	Medrave	2022-12-31
Indikator 5						

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Steg 7 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 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

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

1. Kunskapsinhämtning

För att få en gemensam kunskapsbas hade vi en föreläsare från Danderyds sjukhus, sviktmottagningen, i början av året 2022. Hon föreläste för samtliga i läkargruppen samt för distriktssköterskegruppen.

Detta gjorde att vi hade en bra och gemensam kunskapsbas för det fortsatta arbetet.

2. Samverkan

I samband med föreläsningen av hjärtsviktsspecialist från Danderyds sjukhus diskuterades hur samarbetet/samverkan skulle se ut mellan oss och dem.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Centrum Doktorn	
Verksamhetschef Gustaf Allerstrand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har även haft ett projekt med en ASIH-mottagning rörande bl a hjärtsviktpatienter.

3. Struktur

Vi har valt att lägga till nya termer (ekokardiografi och NYHA) i befintlig journal för att kunna följa våra hjärtsviktpatienter bättre.

4. Info till patienten

Vi har tittat på olika broschyrer/information till hjärtsviktpatienter, men inte valt att gå vidare med detta.

5. Implementering

Projektet har diskuterats och justerats i vårt kvalitetsråd vid upprepade tillfällen under året. Vårt kvalitetsråd består av specialistläkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor och sekreterare samt GDPR-ansvarig.

Siffror har tagits ut vid några tillfällen under året och då tittats på vid kvalitetsrådet, men även vid läkarmöten.

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 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)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal patienter med diagnosen hjärtsvikt (MedRave):	157 pat (0,7%) 2020-02-01– 2022-02-01	2022-02-01	350 (1,6%)	225 pat (1%) 2021-01-30– 2023-01-30	Medrave	2023-01-30
Indikator 2	Andel patienter med behandling med RAAS och betablockad (PV kvalitet 5)	52,3%	2022-02-01	54% (riket)	53,7%	PV kval	2023-01-30
Indikator 3	Andel patienter med återbesök (PV kvalitet Hj4A)	65,8%	2022-02-01	67% Stockholm)	67,3%	PV kval	2023-01-30
Indikator 4	Andel patienter med hjärtsvikt som tillfrågats om rökvanor (Medrave)	2020-02-01– 2022-02-01 = 45% tillfrågade	2022-02-01	50%	44%	Medrave	2023-01-30

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Centrum Doktorn	
Verksamhetschef Gustaf Allerstrand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator							
5							

Övriga kommentarer:

- Pandemin gjorde att vi valde två års intervall vilket kan göra det svårt att tolka resultaten. Vi ser att vi har ökat antalet patienter med diagnosen hjärtsvikt men att vi fortsatt inte har nått upp till målet med 1,6% utan ligger på 1,0%.
- Behandlingsmässigt närmar vi oss riket gällande RAAS och betablockad.
- Gällande återbesök nådde vi målet.
- Vi har fortsatt svårt att diskutera/registrera rökvanor generellt på vår mottagning vilket återspeglas i resultatet.

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- 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? 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.
1. Vi har höjt kunskapsnivån gällande hjärtsvikt i personalgrupperna. Vi har lärt oss att samverkan runt hjärtsviktpatienter är central och vi har påbörjat en bättre samverkan med hjärtsviktsmottagningen, Danderyds sjukhus. Vi har åter igen insett hur svårt det är att implementera ett förbättringsarbete i den kliniska vardagen.
2. Vi har diskuterat direkt involvering av patienter i arbetet men har haft svårt att se hur vi skulle göra det. Samtliga yrkeskategorier har dock med sig och bidragit med erfarenheter av enskilda patientfall. Detta är något som kan bli bättre vid nästa kvalitetsarbete.
3. Vi tänker att fortsatt samverkan på Danderyds sjukhus är viktigt, dels i direkt patientarbete men även med utbildningsinsatser i form av fortsatta föreläsningar. Vi har sett här och även i patientenkäten att vi kan bli bättre när det gäller frågor kring livsstil. Detta kommer vi följa. Vi kommer följa om det räcker att lägga till enstaka termer i befintlig journalmall eller om vi behöver göra en tilläggsmall gällande hjärtsviktpatienter för att kunna utvärdera denna patientgrupp på ett optimalt sätt. Strukturen kring omhändertagandet av hjärtsviktpatienterna kan fortsatt bli bättre och vi har som ambition att starta sköterskemottagningar med inriktning på hypertoni och hjärtsvikt framöver. Detta kommer ta tid, men är under uppbyggnad med bemanning, ändrade scheman och rutiner.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se