

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Förmaksflimmer*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Atrium Vårdcentral	
Verksamhetschef Andreea Valdman	Verksamhetschefens e-post Andreea.Valdman@atrium.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Marcus Olausson
Profession: Läkare
E-post: Marcus.Olausson@atrium.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p> <p>A: Niklas Malmberg läk, Jennie Karlsson DSK, Sylvia Brännström USK.</p> <p>B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p>

B: Vi kommer kontinuerligt utvärdera patienternas upplevelser av vården i samband med återbesök och andra kontakter.

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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

1. Vid genomgång i Primärvårdskvalitet av patienter på Atrium Vårdcentral med diagnosen förmaksflimmer framkommer att vi verkar underbehandla dessa patienter med blodförtunnande. Vi fann att en sannolikt för hög andel av våra patienter med förmaksflimmer saknade antikoagulantia. Det är således för få individer med diagnosen förmaksflimmer som har antikoagulation förskrivet. Kan det bero på att den blodförtunnande behandlingen är förskrivet från annan klinik? Att vi har yngre individer med förmaksflimmer (som således får inga/låga poäng på CHA₂DS₂VASc)? Att vi är för inkonsekventa i att följa de riktlinjer som finns? Anledningarna kan vara flera, oavsett är det viktigt att se över då SKR rekommenderar att alla patienter med förmaksflimmer och förhöjd risk för ischemisk stroke bör erbjudas behandling med NOAK (1). Förmaksflimmer är den ledande orsaken till ischemisk stroke och är behandlingsbar (2).

2. Vi är en nystartad vårdcentral och i takt med att vårt listningsunderlag ökar behöver vi skapa fler rutiner för att följa och kontrollera patienter med kroniska sjukdomstillstånd. Vi vill således skapa en mottagningsstruktur för att säkerställa att patienter med konstaterat förmaksflimmer genomgår adekvata kontroller och uppföljningar.

3. En förutsättning för ovanstående insatser är naturligtvis att vi och patienterna känner till att det har förmaksflimmer. Ofta ställs diagnosen i andra vårdenheter men vi möter många patienter med risk för förmaksflimmer i vårt dagliga arbete. Därigenom behöver vi ha ett strukturerat arbetssätt för att ställa diagnos när möjlighet ges. Detta benämns ofta "opportunistisk screening". Enligt Primärvårdskvalitet är andelen patienter med diagnos förmaksflimmer något lägre i vår lista än vad den är för vårdcentraler i stadsdelen som helhet.

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.

Förmaksflimmer

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:

1. Öka behandlingsfrekvensen hos individer med förmaksflimmer som bör behandlas med antikoagulantia. Målsättningen är att alla patienter med förmaksflimmer ska erhålla relevant information och erbjudas behandling enligt gällande riktlinje.
2. Att patienter med förmaksflimmer får adekvat uppföljning och (träffa läkare 1 gång per år samt distriktsköterska 1 gång per år.)
3. Öka upptäckten av förmaksflimmer genom opportunistisk screening av patienter som är äldre än 65 år vid möten med läkare och sjuksköterskor.

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/>

1.1: Möjliga orsaker är att Patientunderlaget avviker från genomsnittet, dvs yngre patienter med diagnos och därmed minskad frekvens av behandlingsindikation.
1.2: Kan det bero på att den blodförtunnande behandlingen är förskriven från annan klinik?
1.3: Att vi är för inkonsekventa i att följa de riktlinjer som finns?

1.1: Säkerställa att alla patienter erbjuds behandling enligt gällande riktlinjer.
1.2: Via MedRAVE kontrollera att patienter med diagnos har relevanta läkemedel förskrivna.
1.3: Säkerställa att personalen är medvetna om gällande riktlinjer.

2: Vi är en nystartad vårdcentral vilket innebär att många patienter inte har varit listade tillräckligt länge för att behöva uppföljning.

2.1: Skapa en mottagningsstruktur som säkerställer att patienter erbjuds adekvat uppföljning.

3.1: Minskad prevalens i listan pga. högre andel yngre och friska patienter till följd av att mottagningen är nystartad.
3.2: Kan det föreligga en underdiagnostik till följd av bristande undersökning?

3.1: Tar reda på hur det faktiskt förhåller sig.
3.2: Säkerställa att vi tillämpar en effektiv metod för opportunistisk screening hos patientgruppen med ökad prevalens och indikation för behandling.

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-forbattningstrappa/>

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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/ period för start- läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå mål- värde t
Indikator 1	Andel patienter med förmaksflimmer som har behandling med antikoagulantia vid starkt förhöjd risk att drabbas av stroke	64,4% (29/45)	20240131	90%	Primärvårdskvalitet	20241201
Indikator 2	Andel patienter med förmaksflimmer som varit på återbesök, alla professioner	0%	20240131	50%*	Primärvårdskvalitet	20241201
Indikator 3	Förekomst av diagnos förmaksflimmer (andel av listan med diagnos)	1,8	20240131	>1,8**	Primärvårdskvalitet	20241201
Indikator 4						T.ex. dec 2024
Indikator 5						T.ex. dec 2024

Kommentar (valfritt):

*Målet är lågt satt eftersom mottagningen är nyöppnad och ny-listningen är hög. En andel av patienterna kommer inte ha varit listade tillräckligt länge för att ha behövt ett återbesök vid mätperiodens slut.

***Det är svårt att sätta ett absolut mål för denna indikator.*

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-forbattringstrappa/>

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?

Förbättringsförslag

1. Använda MedRAVE för genomgång av patienter med diagnosen förmaksflimmer som inte har antikoagulantia. De patienter som uppfyller kriterierna för behandling med antikoagulantia men som ej har det erbjuds därefter besök till sin läkare för dialog kring detta.
2. Införa standardiserad handläggning av våra patienter med förmaksflimmer med hjälp av väntelistor.

Enligt VISS.se ska patienter med förmaksflimmer och behandling kontrolleras med blodprover 1-2 gånger/år (3). Patienter ≥ 80 år och $eGFR \leq 50$ bör eventuellt följas oftare då de kan behöva dosjustering (vilket även gäller vid vikt under 60kg) (4).

- Patienter med förmaksflimmer och antikoagulantia ska träffa läkare 1 gång per år för bedömning av kvalitetsindikatorer (se nedan), blodtryck, blodprover (blodstatus, kreatinin/eGFR) samt kliniskstatus.
- Patienter ≥ 80 år och $eGFR \leq 50$ kallas till läkare 1 gång per år och till DSK 1 gång per år med provtagning.

Detta ska implementeras med hjälp av väntelistor så dessa individer kallas enligt ovan.

3. Opportunistisk screening av patienter som är äldre än 65 år på Atrium Vårdcentral för att hitta fler individer med förmaksflimmer.
Förmaksflimmer är den vanligaste arytmien med en prevalens på ca 3% hos vuxna. Vi ser en kraftig ökning av prevalensen för FF med ökande ålder, prevalensen är ca 1% vid 50 års ålder och över 10% vid 80 års ålder (5). Vi borde således ha en prevalens av förmaksflimmer på omkring 1-10% beroende på vår demografi. Opportunistisk screening av patienter som är äldre än 65 år med palpation och EKG rekommenderas av det europeiska

kardiologsällskapet (6). Då det ska vara smidigt i en primärvårdsmiljö bedöms pulspalpation vara rimligt. Detta ska påminnas om på APT och läkar/sjuksköterske-möten för att implementeras på ett effektivt sätt.

Källor:

1. <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/formaksflimmer.58438.html>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34469764/>
3. <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/formaksflimmer>
4. <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20111026000050>
5. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/kardiologi/formaksflimmer-fladder/>
6. https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/AFIB/ACNAP_Memo%20Card-AFIB-Final.pdf

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1
t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@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 bifogas

Indikator 1	Andel patienter med förmaksflimmer som har behandling med antikoagulantia vid starkt förhöjd risk att drabbas av stroke	64,4% (29/45)	202401 31	90%	92,2% (59/64)	Primärvårds kvalitet	20241202
Indikator 2	Andel patienter som varit på återbesök, alla professioner	0%	202401 31	50%	76,3%	Primärvårds kvalitet	20241202
Indikator 3	Förekomst av diagnos förmaksflimmer (andel av listan med diagnos)	1,8%	202401 31	>1,8%	1,6%	Primärvårds kvalitet	20241202
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att våra initiala siffror inte var så dåliga som indikerat. När vi gick igenom listorna fann vi en patient som inte hade antikoagulantia som eventuellt skulle ha det. Det var dock inte solklart pga tidigare blödningar x flera. Det är lite beklämmande att vårdcentraler jämförs på icke-korreakta siffror. Verkytet i sig hade varit bra om siffrorna stämde, då kunde respektive vårdcentral arbeta med detta för att förbättra den vård man bedriver, nu ligger den stora arbetsbulken i att frissera siffror med föga patientnytta.

Vi fick bekräftat att vi redan applicerar opportunistisk screening. Det är dock något som är bra att regelbundet påminna om så det ej faller i glömska.

Förförande med listor för kallelser på årsbas och halvårsbas har tyvärr inte implementerats som önskat. Det har fallit mellan stolarna, delvis på grund av att vi under året haft 2 långtidssjukskrivningar på sjuksköterskesidan. Det har bidragit till att vi inte haft luft i systemet att implementera nya listor. Då bemanningen nu ser bättre ut har detta precis initierats, men utifrån medRave för att minska dubbelarbetande.

Avseende siffrorna är det bra att se att de stigit avsevärt, intressant är dock att vi snarast sjunkit något i förekomsten. Detta torde bero på att när vi var nyöppnade kom en hel del kroniker med från tidigare vårdcentraler där respektive läkare arbetade. Nu har vi listan "fyllts på" med boende i närområdet som är yngre och något friskare.

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 använt NPE som underlag då vi inte haft något eget strukturerat sätt att efterfråga delaktighet eller nöjdhet. I denna undersökning har det sett väsentligen bra ut, den förtäljer dock väldigt lite om den specifika patientgruppen vi undersöker här. Det kan således övervägas att eventuellt lägga mer vikt i denna fråga nästa år.

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 kommer årligen gå igenom siffror i Medrave för att se att vi fortsatt bedriver en bra vård i enlighet med riktlinjer. Detta är redan avsatt i Marcus Olaussons schema för nästa år.
2. Vi kommer arbeta med att implementera de kallelselistor som dragit ut på tiden. Detta då vi finner det viktigt att denna ofta något äldre patientgrupp för adekvat uppföljning med tanke på de riskerna över- och underbehandling leder till.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.