

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Hjärta och kärl*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio VC Blackeberg	
Verksamhetschef Kaveh Chamsai	Verksamhetschefens e-post Kaveh.chamsai@capio.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 del 1 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: Kaveh Chamsai
Profession: Specialistläkare, Verksamhetschef
E-post: kaveh.chamsai@capio.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 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A:

Marie Hestvik, ssk
Ramatoulie Gabbidon, usk
Jesper Dahne, ST-läkare
Charlotte Ivarsson, dsk

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Patientintervjuer planeras till slutet av året

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?

Traditionellt har vi följt flertalet av våra "kronikergrupper" via separata, högspecialiserade spår. I regel sköterskeledda mottagningar med varierande arbetssätt anpassade för specifika diagnoser. Diabetesmottagning, astma/kol-mottagning och hypertoni-mottagning har länge varit den givna uppdelningen. Mottagningarna har traditionellt arbetat med väntelistor i TakeCare men under de senaste åren har vi börjat gå över till listor (bla kontrollistor) i MedRave vilket medfört bättre kännedom om våra patienter, minskad risk för "tappade" patienter och möjlighet att prioritera/triagera/behovsbedöma utifrån tillgänglig patientdata.

Vi har nu börjat leka med tanken att frångå dessa högspecialiserade mottagningar med separata spår/processer och istället se efter möjligheter att "baka samman" vissa till bredare kronikermottagningar där fler diagnoser kan inkluderas. Hjärt- och kärlmottagning är målet i år. För att kunna möjliggöra detta har man dels centralt inom Capio tagit fram en "allmän kontrollista" i MedRave men vi har även lokalt rekryterat DSK med inriktning hjärt-kärlprevention (Charlotte Ivarsson) som är tänkt som nyckelperson i utformningen av detta modernare arbetssätt.

Målet i år är således att skapa förutsättningar för ett bättre och mer strukturerat omhändertagande av samtliga hjärt-kärlpatienter genom att införa nya arbetssätt där fler diagnoser inkluderas i samma spår/flöde.

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.

Hjärt-kärlmottagning

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Våra primära mål är svåra att återspegla och mäta via indikatorer då de som ovan nämnt främst handlar om att med de hjälpmedel vi har att tillgå (MedRave, Doctrin FLOW osv) skapa ett arbetssätt där alla våra hjärt/kärl/riskpatienter inkluderas i samma strukturerade och standardiserade flöde med stort fokus på prevention och proaktivitet.

Till vår hjälp har vi som nämnts den "allmänna kontrollistan" i MedRave, vår chattplattform FLOW samt robotar (RPA) skapade för att underlätta standardiserad informationsinhämtning via uthopp från MedRave till specifika formulär i FLOW.

De mätvärden/indikatorer som är intressanta återspeglar främst hur pass bra koll vi har på våra patienter. Aktuella indikatorer är t.ex. andel "kroniker" där uppföljning saknas under de senaste 18 månaderna, andel kroniker där uppgifter om riskfaktorer saknas eller där riskfaktorer förekommer, andel kroniker där uppgifter om kardiovaskulär risk saknas eller där det föreligger hög kardiovaskulär.

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/verkygslada-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/verkygslada-patientsamverkan/>

1: Traditionella och omoderna arbetssätt som varken är optimala ur ett medicinskt perspektiv eller avseende resurseffektivitet.

1.1: Med hjälp av tillgängliga verktyg lägga om våra arbetssätt för att bättre inkludera fler diagnoser i ett och samma flöde.
1.2: Med hjälp av tillgängliga verktyg lägga om våra arbetssätt till en mer proaktiv approach
1.3:

2:

2.1:
2.2:
2.3:

3:	3.1: 3.2: 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/verktyslada-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 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 (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel kroniker som saknar uppföljning under de senaste 18 månaderna</i>	22%	202402	15%	MedRave	202412
Indikator 2	<i>Andel kroniker där data om rökvanor saknas</i>	24%	202402	15%	MedRave	<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 3	<i>Andel kroniker där data om kardiovaskulär risk saknas</i>	31%	202402	15%		<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2024</i>

Kommentar (valfritt):

Termen "kroniker" inkluderar följande diagnoser; hypertoni, stroke, astma, KOL, diabetes, koronar hjärtsjukdom, perifer vaskulär sjukdom, förmaksflimmer, hjärtsvikt.

De tre första indikatorerna bör grovt räknat följa varandra om vi lyckas etablera ett arbetssätt med standardiserad informationsinhämtning.

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-forbattningstrappa/>

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?

Team sammansatt och planeringsarbetet har påbörjats. Regional medicinsk chef Magnus Röjvall är med som stöd och bollplank för MAL. Deltagande medarbetare utbildas i allmänna kontrollistan i medrave samt i hur våra robotar (RPA) kan nyttjas för att underlätta arbetet. Sondering av möjlighet att koppla in administrativ personal i processen med informationsinhämtning.

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

Under 2024 satte vi samman en arbetsgrupp bestående av specialistläkare, ST-läkare, distriktssköterska, sjuksköterska och undersköterska. Arbetsgruppens uppgift var att kartlägga brister med aktuellt/traditionellt arbetssätt, utforska möjliga lösningar och utforma nya arbetssätt där målbilden har varit ett sammanhållet hjärt-kärflöde istället för uppdelade/smala specialistmottagningar.

Arbetsgruppen har under året haft flera sammankomster där man bla även har bjudit in RMC Magnus Röjvall och haft honom som ett bollplank under processens gång.

Man delade upp arbetet/flödet i tre delar;

1. Att identifiera patienter/det proaktiva arbetet
2. Att standardisera kallelsor, förberedande provtagning etc
3. Att standardisera omhändertaganden när patienten väl är på plats

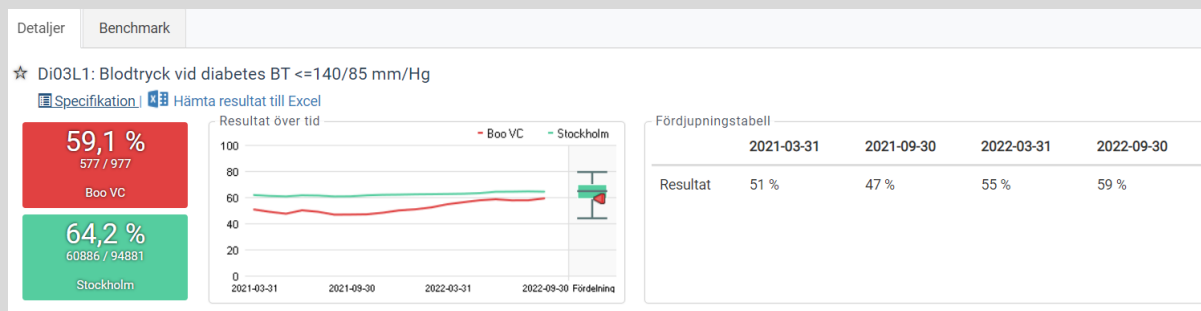
Initialt låg mycket fokus på att använda sig av den s.k. "allmänna kontrollistan" i MedRave med ett proaktivt utgångsläge. Tanken var att identifiera hjärt-kärlpatienter (HT, tidigare stroke, svikt, FF, kronisk ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom) via kontrollistan inställd på 11 månader och därefter göra digitala utskick för standardiserad informationsinhämtning och sedan ställningstagande till lämplig åtgärd, e.g. läkarbesök, sköterskebesök etc.

Man gjorde ett test på 100 patienter för att kartlägga tidsåtgång, svarsfrekvens etc och insåg snabbt dels att tidsåtgången var enorm i processen att identifiera patienter och vidta åtgärd men även att väldigt få patienter svarade på de digitala utskick som gjordes. Med denna vetskap bestämde man att sätta paus för steg 1 (i.e. det proaktiva arbetet) och istället arbeta med standardiserade förberedelser inför besök samt se över struktur för läkar- resp sköterskebesök.

Arbetet är fortfarande pågående och med ett flertal andra förändringsarbeten på gång (bla psykosocialt som sannolikt blir nästa års kvalitetsarbete, tillgänglighetsarbete osv) har inget konkret arbetssätt ännu implementerats.

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:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel kroniker som saknar uppföljning under de senaste 18 månaderna	22%	202402	15%	21%	MedRave	
Indikator 2	Andel kroniker där data om rökvanor saknas	24%	202402	15%	21%	MedRave	
Indikator 3	Andel kroniker där data om kardiovaskulär risk saknas	31%	202402	15%	31%	MedRave	

Övriga kommentarer:

Då årets indikatorer till stort har varit baserade på den allmänna kontrollistan ser vi inte heller någon markant förbättring jämfört med förra året. En stor andel av de kroniker som saknar uppföljning de senaste 18mån består av astmatiker (185 av 352 patienter) och den reella siffran för hjärt-kärlpatienter som saknar uppföljning är således mycket lägre än 21%. Utöver detta handlar det i en betydande andel av fallen om patienter där en av flera diagnoser inte registrerats men att patienten i själva verket faktiskt har varit hos oss på ÅK. Således är måttet ett ganska dåligt sådant för uppföljning av våra hjärt-kärlkroniker.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har tagit med oss att ett sammanhållet hjärt-kärlflöde är möjligt att uppnå men att vi i nuläget behöver lägga större fokus på steg 2-3 (se ruta 1 del 2). Målet kommer alltid att ha ett proaktivt arbetssätt där vi etablerar kontakt istället för det reaktiva arbetssätt vi har i nuläget men först behöver arbetet inför och vid besök standardiseras.

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?

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 fortsätter med detta förändringsarbete men med ändrat fokus enligt ovan. Förhoppningen är att inom kort ha ett mer sammanhållet flöde för samtliga hjärt-kärldiagnoser.

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 forbattningsarbeten.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.