

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Hjärtsvikt

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn: <i>Capio vårdcentral Viksjö</i>	
Verksamhetschef: <i>Ramesh Zarenoe</i>	Verksamhetschefens e-post: <i>ramesh.zarenoe@capio.se</i>
Instruktioner till mottagningen	
<p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> 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 <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p>	
<b>Radera EJ text i grå fält.</b>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: <i>Amanuel Aghesa Haile</i>
Profession: <i>ST-läkare</i>
E-post: <i>amanuel.ghesahaile@capio.se</i>
Att involvera flera
<p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• 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.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul>
A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner
A: <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Henrik Hallberg, allmänläkare</i></li><li>- <i>Sara Noppa Odhelius, sjuksköterska</i></li><li>- <i>Magdalena Kärrmarck, sjuksköterska</i></li></ul>

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

B: *Patientintervju (både fysisk och distans), enkät*

### **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?**

*Det är inte känt hur många av våra listade patienter som har diagnoshjärtsvikt och erhåller adekvat behandling.*

*Syftet med förbättringsarbetet är att kartlägga prevalens, diagnostik och behandling av hjärtsvikt på Capio vårdcentral Viksjö så att patienterna kan ha förbättrad livskvalitet och färre sjukhusinläggningar p g a hjärtsvikt.*

### **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.

Hjärtsvikt

### **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. Identifiera dem som har hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion ( $\leq 40\%$ ) – HFrEF.
2. Identifiera dem som har hjärtsvikt med lätt nedsatt ejektionsfraktion (41-49%) – HFmrEF.
3. Identifiera dem som har hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion ( $\geq 50\%$ ) – HFpEF.
4. Förbättra registrering av NYHA klassificering.
5. Öka andel av patienter med HFrEF som behandlas minst med 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser.

### 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-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/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Brist på specifik diagnossättning

1.1: Granska patientjournal.  
1.2: Beställa ekokardiografi om det inte är gjort de senaste två åren.  
1.3:

2: Strukturerade rutiner för uppföljning av patienter med hjärtsvikt saknas

2.1: Införa strukturerad hantering kring diagnostik och uppföljning av hjärtsviktpatienter.  
2.2:  
2.3:

3: Bristfällig dokumentation av NYHA klassificering

3.1: Uppmärksamma medarbetarna via återkommande föreläsningar  
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/verktygslada-forbattringstrappa/>

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 snabbspirometri 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 "balanserande 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel av hjärtsviktpatienter som har specifik diagnos (HFpEF, HFmrEF, HFrEF)</i>	34 % (53)	Feb -24	75 %	Medrave	Dec -24
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel av patienter med HFrEF som behandlas minst med 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser.</i>	45 % (9)	Feb -24	75 %	Medrave	Dec -24
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel av hjärtsviktpatienter med NYHA klassificering</i>	14 % (21)	Feb -24	75 %	Medrave	Dec -24
<b>Indikator 4</b>						T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>						T.ex. dec 2024

**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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

**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 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?

- *Genomgång på läkarmöten – Vid varje besök av patient med hjärtsvikt skall vi eftersträva att sätta specifik hjärtsviktsdiagnos (eventuellt efter remiss till ekokardiografi) samt göra NYHA-klassificering.*
- *Information till sjuksköterskor att vara uppmärksamma på hjärtsviktssymtom vid patientbesök på hypertoni-, diabetes- och astma/KOL-mottagningar och rådgöra med läkare på rond.*
- *Sökning i Medrave på patienter med hjärtsviktsdiagnos de senaste fem åren och genom retrospektiv journalgranskning se om specifik hjärtsviktsdiagnos kan sättas.*

- Om möjligt bygga upp ett tvärprofessionellt team som kan kalla patienter som hittats i Medrave till återbesök för NYHA-klassificering och eventuell ekokardiografi.
- Varannan månad ta fram uppgifter om de tre indikatorerna för att se om satsningen ger resultat eller om vi skall hitta en annan modell.

**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](mailto: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

På grund av randningar samt personalomsättningar (t.ex sjuksköterska som hade hjärtsvikt patienterna har slutat) kunde vi inte utföra arbetet som planerat utan försökt se till att EKO är gjort de senaste åren, dokumentera NYHA klassificering, sätta in specifik diagnos och komplettera basmedicinerna enl rekommendation på dem patienter med hjärtsvikt som redan var bokade hos läkare för något annat besvär.

Detta planerar vi göra till nästa år på ett bättre sätt.

I början hade vi diskuterat arbetet på gemensam läkare och sköterska mötet och kommit fram till att träffa alla pat med hjärtsvikt som inte haft uppföljning och inte gjort hjärt-EKO de senaste 2åren. Planen från början var att vi skulle ha 1-2 avsatt tider per läkare per vecka och även 1-2tider per vecka hos hypertoni ansvarig sköterska men det blev inte så pga ovan nämnd anledningar så istället informerades våran läkare kollegor på våran möte regelbunden för att registrera NYHA klassificeringen och hjärt-EKO resultat på rätt mall (både läkare och hypertoni ssk), sätta specifik diagnos om det inte gjort innan, gå genom medicinerna och sätta in bas medicinerna på dem som haft HFrEF och beställ EKO om det inte är gjort dem senaste 2åren. Vi har påmind våran sköterska grupp speciellt dem som har egna mottagningar att vara uppmärksamma på hjärtsvikt pat och diskutera med läkare kollega på våran gemensamt möte regelbunden. Följt progress var 2-3 månader på Medrave. Någon förbättring hade vi sätt men inte alls på det nivå som vi skulle få om vi kunde genomföra vår plan.

## 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:**



	<b>Indikat ornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/m ol	<b>Start- läge</b> (% eller antal)	<b>Datum/ period för start- läge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med- rave)	<b>Datum/ period för resultat -värdet</b>
<b>Indikat or 1</b>	Andel av hjärtsvik tspatient er som har specifik diagnos (HFpEF, HFmrEF, HFrEF)	34 % (53)	Feb -24	75 %	47,5 %	Medrave	dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikat or 2</b>	Andel av patienter med HFrEF som behandla s minst med 3 av 4 rekomme nderade läkemed lsklasser.	45 % (9)	Feb -24	75 %	44,4 %	Medrave	dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikat or 3</b>	Andel av hjärtsvik tspatient	14 % (21)	Feb -24	75 %	17 %	Medrave	dec 2024

	<i>er med NYHA klassificering</i>						
<b>Indikator 4</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 5</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Övriga kommentarer:</b>							
<i>Antal av patienter med hjärtsvikt diagnos har ökat med ca 43,8 % och detta kan ha påverkat vårt mål.</i>							
<b>Slutreflektion</b>							
Vad har ni lärt er?							
Arbetet behöver göras på ett strukturerad sätt.							
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 planerar att göra det på ett strukturerad sätt enligt våran tidigare plan till nästa år.							
<b>Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2</b> <b>t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2"</b> och skicka in i <b>WORDFORMAT</b> som <b>BILAGA</b> namngivet med <b>er vårdcentral</b> enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> <b>Bilagor</b> 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.							