

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Förmaksflimmer (FF)- Detektionsgrad av FF och behandling med antikoagulation för att minska risken för stroke*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Näsby Parks Husläkarmottagning

Verksamhetschef

Mitra Liaghat

Verksamhetschefens e-post

Mitra.liaghat@nasbyparkshlm.se

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 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.

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..

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Fakhri Lidge Profession: Specialist i Allmän Medicin/ MLA

E-post: fakhri.Lidge@nasbyparkshlm.se

Namn: Mitra Liaghat Profession: DSK/ Verksamhetschef

E-post: mitra.liaghat@nasbyparkshlm.se

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A:

Mitra Liaghat (verksamhetschef och DSK), Fakhri Lidge Spec. läkare, Natalia Kuplenik SSK, Bahareh Banki USK

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

B:

Vi kommer att placera en förslag/feedbacklåda i väntrummet avsedd för patienter efter EKG tagning. Vi kommer dela ut en blankett med 3 frågor

1. Upplevelsen under EKG tagning, bemötande, miljö
2. Kändes det tryggt att klä av sig i rummet (för EKG tagning)
3. Förslag för förbättringar

Vi kommer att

1. Dela ut broschyrer om förmaksflimmer till patienter och uppmana dem att kontakta oss vid misstanke om förmaksflimmer.
2. Upplys våra patienter att kontakta oss vid känslan av hjärtklappning eller oregelbunden puls.
3. Vid misstanke om förmaksflimmer ska vi vara frikostiga att kontrollera med EKG samt Holter EKG.

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?

På Näsby Park vårdcentral har vi kring 7000 lisade patienter merparten är patienten över 60 år och därför förmaksflimmer är en vanlig sjukdom bland våra patienter och med stigande ålder blir den vanligare.

Upptäckt och behandlat förmaksflimmer har stor risk att få ischemisk stroke vilket innebär stora kostnader för samhället samt mycket lidandet för patienten och livskvalité hos patienterna. Mellan 1 april 2023 och 1 april 2024 har vi 158 patienter med förmaksflimmer.

Antal patienter som har förmaksflimmer och antikoagulantia är 84,5%

Ambitionen är att upptäcka flera patienter med förmaksflimmer och sätter in behandling under denna året.

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 (FF)- Detektionsgrad av FF och behandling med antikoagulation för att minska risken för stroke

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:

Vi har valt att ta samma tema då vi hade brist på ordinarie läkare under förra året och eftersom FF är stor risk faktor för stroke anser vi att det finns en stor nytta i att arbeta med just FF vid detta kvalitetsarbete under 2024. Under dom senaste 2-3 åren har vi pga pandemirelaterade problem sett att vi inte haft regelbundna årskontroller i samma omfattning som innan pandemin i alla åldersgruppen och främst i den äldre patientgruppen. Det kan innebära en ökad risk att missa en del patienter med FF. Det europeiska kardiologförbundet rekommenderar opportunistiskt screening hos personer ≥ 65 år med hjälp av EKG eller palpation av pulsen vilket enkelt kan genomföras genom kliniska undersökningar i olika personalkategorier på vårdcentralen vid årskontroller relaterat till andra kroniska besvär såsom hypertoni, hypotyreos, hjärtsvikt, njursvikt etc.

Vi önskar säkerställa att vi vid Näsby Parks HLM minimerar risken att ev missa några patienter; detta genom användning standardiserad mall i journalen i TakeCare (vid årsbesök tex) där parametrar så som hjärtfrekvens, puls (oregelbunden/ regelbunden) samt i vissa fall EKG registrering (när en oregelbunden puls har registrerats) behöver penetreras vid undersökningar hos läkare, sköterskor och ev undersköterskor.

Genom information i väntrummet önskar vi även uppmärksamma FF och uppmana att mäta sin puls när man sitter i lugn och ro innan sitt ärende på mottagningen – upptäcker man sedan en avvikelse kan man meddela detta till personalen på mottagningen som initierar t ex en läkarbedömning med EKG.

Vi önskar säkerställa att alla patienter som har diagnosen FF får rätt behandling med antikoagulation för att förebygga stroke.

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: Vi har haft stor personalomsättningen föra året.	3.1: vid undersökningar hos undersköterska, sköterska ta manuell puls, vid avvikelse initiera läkarkontakt och EKG bedömning 3.2: vid läkarbesök för årskontroller ta pulsen och ev EKG 3.3: informera patienten om året kvalitetsarbete med plansch i väntrummet och uppmana ta pulsen i lugn och ro; sedan kontakt med vårdpersonal om oregelbunden puls
2: haft många hyrpersonal.	2.1: 2.2: vi har stabil arbetsgrupp nu. 2.3:
3: Ej optimal journalanvändning.	3.2: 2.1: genomgång av journalmallen och vikten av att använda sig av sökord och parametrar (i detta fall puls v EKG)

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 "balanserade 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	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)				20241231
Indikator 2	Förekomst av diagnos förmaksflimmer	3,1%	240131	3,3%	Med rave	20241231

Indikator 3	antikoagulantia vid förmaksflimmer, CHA ₂ DS ₂ VASc ≥ 1	46%	240131	55%	Med rave	20241231
Indikator 4	Andel patienter med förmaksflimmer som varit på återbesök, Återbesök oavsett yrkeskategori	69%	240131	76%	Med rave	20241231
Indikator 5	Andel patienter med FF som har Waran, NOAK eller något antikoagulant LM	84.5%	240131	86%	Med rave	20241231

Kommentar (valfritt):
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?

Vi har bygget upp en arbetsgrupp för förbättringsarbete som består av specialistläkare Fakhri Lidge , sjuksköterskan Natalia Kuplenik och undersköterska Bahareh Banki.

Vi har börjat med hjälp av Medrave att samla mer information kring våra patienter med diagnosen förmaksflimmer för att kunna se över riskfaktorer och även sortera dem utifrån antikoagulatiabehandling med syfte att de har rätt behandling.

Vi har börjat med hjälp av Medrave att samla info om patienter med förmaksflimmer, antal besök på vårdcentralen och vårdkontakter och därefter har vi börjat att kalla dem som inte varit här på ett år. Målet är att de ska få en läkartid minst en gång per år och vid behov för uppföljning.

Vi ska även försöka ha koll på deras blodtryck och puls genom att boka besök hos SSK och Usk kontinuerligt.

Vi har informerat samtliga (läkare , dsk, ssk, usk) att sätta rätt diagnos och att alla kontroller ska registreras under rätt sökord /rätt rubrik för att sökning i Medrave blir mer pålitligt.

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

Indikator 1							20241231
Indikator 2	<i>Diag. FF</i>	3,1%	240101	3,3%	3,0%	<i>Medr ave</i>	241218
Indikator 3	<i>NOAK, waran</i>	60%	240101	65%	63%	<i>Medr ave</i>	241218
Indikator 4	<i>FF med ÅB</i>	77%	240101	80%	77%	<i>Medr ave</i>	241218
Indikator 5							

antikoagulationsmottagning med regelbundna besök med olika personalkategorier

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att det är av stor betydelse att alla medverkande i förbättringsarbetet har god kännedom om arbetet, metoden som vi använder oss av samt de olika verktyg som man behöver för att utföra arbetet på bästa sätt. Dessutom är det av stor vikt att man delar upp arbetet i olika ansvarsområden, men samtidigt jobbar i ett team med regelbundna avstämningar. Det är också väsentligt att engagera patienterna i förbättringsarbetet för att kunna utföra det och därmed få ett optimalt resultat. Det blir således grunden till att sedan kunna utvärdera och följa upp förbättringsarbetet. Då förbättringsarbetet är tidskrävande är det viktigt att man redan från början har bestämt och avsatt separat tid för alla medverkande i arbetet.

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?

Genom förbättringsarbetet har vi spridit kunskaper till våra patienter och informerat dem om förmaksflimmer vilket gjort dem mer uppmärksamma på tillståndet. På så sätt ökades patienternas kunskap om förmaksflimmer, dess risker och behandlingsmöjligheter. Vi uppmanade även patienterna att känna på sin egen puls 2 gånger om dagen i 2 veckor. Detta ledde till patientdelaktighet och medverkan i sin egen vård vilket gav en positiv feedback från våra patienter och var väldigt uppskattat. Under besöken har det även visat sig att en del patienter har smartklockor och därigenom blivit uppmärksammade på oregelbunden puls vilket legat till grund för vidare utredning. I vissa fall visade det sig att förmaksflimmer var asymtomatisk och i slutändan ledde till en insättning av antikoagulationsbehandling.

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.

Affischerna/broschyrerna kommer fortfarande vara kvar efter förbättringsarbetets avslut för att fortsätta uppmuntra patienterna att känna på sin puls och på så sätt vidare sprida kunskap för att eventuellt upptäcka förmaksflimmer. Ett förbättringsarbete är väl aldrig kanske helt klart utan kan alltid förbättras ytterligare. Genom kunskapsspridning bland medarbetarna i och med förändringsarbetet penetreras pulsen alltid manuellt i samband med besök på husläkarmottagningen, oavsett yrkeskategori. Genom att förbättringsarbetet sker på ett systematiskt sätt kan vårt arbete med patienterna förbättras och därigenom också verksamheten.

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 forbattringsarbeten.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.