Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lill-Jans Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Maria Mc Lean	Aktnummer (ifylles av HSF)

Redovisning av kvalitetsarbete 2018

Instruktioner till mottagningen
Del 2 avser redovisning av genomfört kvalitetsarbete och skickas per e-post till ansvarig avtalshandläggare **senast 31 mars 2019** men får gärna skickas in redan i januari 2019 vilket leder till tidigare återkoppling vilket kan vara bra inför nästa års arbete.

DEL 2 – Redovisning av kvalitetsarbete

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet
Renne Järvalt, Hélène Rödin och Fredrika Haeggström

Namn på förbättringsarbetet i formatet: Enhet ämne år del: ”Boo VC Hypertoni 2018 del 2” Döp även filen så när ni skickar in den.
Förbättringsarbete AK-mottagning Lill-Jans 2018

Mål med förbättringsarbetet samt kort bakgrund om varför det är viktigt
Mål: hitta fler patienter med förmaksflimmer (FF) och ge adekvat behandling som skydd för Stroke. Varje Stroke som kan förhindras är en stor hälsovinst ur patientperspektiv och ekonomisk vinst för sjukvården/ samhället. Vårt förändringsarbete startade 2012/13 och avslutades december 2018. Arbetet har inriktats på att: – öka kunskapen om FF och behandling hos läkare och sköterskor samt identifiera patienter > 75 år med ineffektiv behandling trombocythämmare eller ingen behandling alls. – initiera samarbete med kardiologer och kunna utreda fler på misstanke om FF med ”tum Ekg” – utarbeta rutiner i journalföring om diagnos och behandling för bättre säkerhet kring AK-behandling samt prioritera information till patienter kring diagnos och behandling. – inkludera hemsjukvården i arbetet med förbättrad Strokeprofylax.

Indikator(-er)
Med indikator avses ett mått som ska vara mätbart, till exempel:
- Andel diabetiker som varit på årskontroll senaste året
- Andel hypertoniker som har blodtryck mindre än 140/90
- Andel av patienterna som söker p.g.a. depressiva besvär som får fylla i en viss typ av skattningsformulär
- Detektionsgrad av…..

Välj en eller flera indikatorer som **mäter** de **åtgärder** ni vill jobba med och det **resultat** ni strävar efter. Välj gärna något som går att mäta varje månad för att följa effekten av era åtgärder så de går att justera under resans gång. Formulera det som ”Andel….” ”Antal….” ”Detektionsgrad”

1.	Andel patienter med FF diagnos 2012-18
2.	Andel patienter med FF och adekvat behandling 2012-18
3.	Andel patienter > 75 år med FF och adekvat behandling 2012-18
4.	Andel patienter i hemsjukvård (HSV) med FF och adekvat behandling 2012-18
5.	Andel patienter med trombocythämmare som behandling 2012-18
6.	

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lill-Jans Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Maria Mc Lean	Aktnummer (ifylles av HSF)

Nuvarande lägesbeskrivning inklusive basnivå av indikatorerna

Lill-Jans har idag en prevalens av FF som är i paritet med övriga landet och en nivå av adekvat behandling med Waran eller NOAK som är acceptabel. Utgångsläget för våra indikatorer:

1. 2012 Lill-Jans hade 6700 listade, 100 i HSV. Diagnos FF 115 patienter, prevalens=1, 7 %.
2. Av de 115 patienterna hade 88 (76 %)adekvat behandling
3. Av 115 med FF var 74 st. > 75 år och av dessa hade 54 en adekvat behandling (73 %)
4. Av 100 patienter i HSV hade 8 FF och 4 adekvat behandling (50 %)
5. Av de 115 patienterna med FF hade 22 inadekvat behandling med trombocythämmare eller ingen behandling alls (24 %) och mer än hälften av dem var äldre än 75 år

Källa (-or)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljning (GUPS)

Medrave m4/Clickview eller liknande

PrimärvårdsKvalitet

NDR

Strama

Övrigt:

Beskrivning av genomfört kvalitetsarbete 2018. Var olika yrkeskategorier involverade? Var patienter involverade? Vilka arbetssätt har förbättrats och hur gick ni tillväga? Har det förkommit inslag av personcentrerad vård eller åtgärder som stärker patienten delaktighet i vården? Beskriv.

LJ= Lill-Jans, HSV = hemsjukvård, HL= husläkare, AK= antikoagulation, NOAK= nyare orala antikoagulantia
2011 togs INR(PK prov) på laboratorium någonstans i innerstaden. Patienten erhöll senare under dagen telefonsamtal med muntlig ordination av dosen Waran given av mottagningssköterska som i sin tur fått ordinationen muntligt av ord HL. Ett tillvägagångssätt som inkluderar många osäkra moment. Införande av AK-mottagning på LJ började 2012 och slutfördes 2018. Den involverar två specialutbildade sjuksköterskor och läkare. Två sjuksköterskor i HSV fick utbildning i provtagning med speciell utrustning och under 2018 tillkom även en kvalificerad BMA i provtagningshantering. Mottagningen har drop in 13-16 två dagar i veckan. I HSV tas INR på bestämda dagar med direkt ordination via ansvarige AK-läkare alternativt ansvarig HL. Ordination av Waran sker direkt vid provtagning och med patienten närvarande i hemmet. Vid mer avvikande värde görs dubbelkontroll med venös provtagning på plats och analys samma dag.

2012-14 träffade patienten först sjuksköterska för provtagning som sedan tillsammans med läkaren ordinerade. Okomplicerad ordination överfördes med delegering 2014 till specialutbildad sjuksköterska och ansvarig AK-läkare signerade samt kontrollerade att blodtryck och övriga mediciner och laboratorieprover var aktuella. Vid behov (t.ex. sjuksköterska noterat bensvullnad, andfåddhet eller annat försämring) överfördes patienten till ansvarige AK-läkare för bedömning. Vi avvikande INR ordinerade AK-läkare Fragmin eller Konakion. Patienterna blev delaktiga i Waranordination och sin diagnos genom den direkta kontakten med sköterska och läkare i samband med prov och ordination. Information muntligt och skriftlig kunde upprepas hos två yrkeskategorier med olika sätt att tydliggöra för patienten vikten av behandling och betydelsen av deras delaktighet för gott resultat- terapeutiskt INR.
För övriga läkare har tillgång till specialutbildad kollega (AK-läkaren) som är på mottagningen alla dagar i veckan ökat tryggheten kring behandling av FF med AK. Förbättringarna av våra arbetsrutiner har inkluderat följande:

1. Provtagning med kvalitetssäkrad apparatur. Rutin för provtagning och ordination direkt på plats. Förutsättning för bättre information, delaktighet och service.
2. Utbildning av ansvarige läkare och sjuksköterska bättre trygghet i ordinationerna, bättre stöd till kollegor, höjer allmän kunskap i ämnet på mottagning. Ökar möjligheten att hitta fler flimmer patienter och ge dem adekvat behandling.
3. Utformning av gemensamma rutiner för ordination av Waran (stabilare INR) och regelbundet utförande. Dokumentation av risk/nyttobedömning av AK-behandling (CHADs Vasc). Mindre risk att patienter faller ur Waran kontroller då ansvarig sköterska följer upp varje halvår att patienten har aktuell risk bedömning (CHADs Vasc).
4. Varning och symbolmärkning av journal för patient med Waran/NOAK. Minskar risken för läkemedels interaktion, skärper vår personals uppmärksamhet i kontakt med patienten
5. Samtidig schemalagd tid för AK ansvarige sköterska och läkare utan annan förväntat aktivitet, frigör tid för frågor och kvalitetssäkring i mottagnings arbete.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lill-Jans Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Maria Mc Lean	Aktnummer (ifylles av HSF)

Resultat Skriv här utfallet av era indikatorer, jämför hur de låg innan, under tiden, och efter att åtgärderna (de förändrade arbetssätten) genomförts

Se bifogad bilaga med tabeller.
Tabell 1 visar hur prevalensen av patienter med förmaksflimmer bland listade på Lill-Jans har ökat mellan 2012-2018
Tabell 2 visar andelen adekvat behandlade patienter med FF under samma period
Tabell 3 visar andelen patienter i HSV med adekvat behandling 2012-2018
Tabell 4 visar andelen patienter med diagnos FF som har ineffektiv behandling med ASA eller annan trombocythämning.
.

Tolkning av resultat – Diskussion – Vilka svårigheter har ni stött på? Vilka framgångsfaktorer har ni upptäckt? Hur ska enheten jobba vidare inom området?

Resultaten av data mellan 2012-2018 var gäller diagnos FF(kroniskt och paroxysmalt) prevalens, adekvat behandling generellt, i riskgrupper och i hemsjukvården, tyder på att vi har en bättre struktur i vårt nuvarande AK- arbete jämfört med tidigare. Genomförda förändringar har möjliggjort en högre detektionsgrad av FF där prevalensen har ökat från 1,7 % till 3,7 %. Den är därmed något högre än övriga landet vilket är rimligt med tanke på att andelen äldre > 75, utgör en relativt sett stor del av våra listade patienter.
Bättre journalföring och samarbete med kardiolog har gett patienterna tillgång till tum- EKG som komplement vid misstanke om arytmi. Med tum EKG har flera patienter med FF hittats där traditionell undersökning med 1-2 dygns EKG inte hade hittat arytmin.
Vår AK - mottagning når också målet med adekvat stroke profylax hos 80 % eller fler av patienterna med flimmer även i högriskgruppen – patienter > 75 år i våra äldsta i hemsjukvård.
Vi tror att ökad utbildning och intresse bland all personal på mottagning och mer kompetens hos speciellt ansvarig sköterska och läkare har bidragit till detta. Bättre stöd för val av AK Waran/NOAK och mindre rädsla för blödningar genom ett mer sakligt medicinskt förhållningssätt (Chads vasc) ligger till grund för ökad adekvat behandling. Tillgång till specialistutbildade kollegor ger också större trygghet kring ordination och uppföljning. Även införande av NOAK har haft betydelse för behandling av våra äldsta patienter med bevarad njurfunktion. Riskerna för fel ordination eller dålig kompliance minskar med NOAK och medicinen kan doseras i Apodos.
Genomslagskraften i NOAK visar sig också i våra data; 2012 hade 88 patienter (76 %)med diagnos FF adekvat behandling. Av dessa hade 86 patienter Waran och 1 patient NOAK. 2017 har 233 patienter med FF adekvat behandling (88 %). Nu har 87 av dessa Waran och 146 har NOAK! Det skiftet i behandlingsregim för FF som NOAK inneburit har lett till färre patienter på Waran mottagningen. För att behålla kontroll över patienter med AK - behandling och de risker som behöver beaktas vid ordination oavsett läkemedel startade Lill-Jan 2017/18 en parallell NOAK mottagning. Ansvarig sjuksköterska och läkare är de samma för båda mottagningarna.
Mellan 2016 -2018 sjunker andelen adekvat behandlade patienter (90->86%). Orsaken tror vi till stor del beror på NOAK mottagningen som fortfarande är under utveckling och på de problem som uppstod 2018 vid byte av journalsystem från profdoc till Take Care. Det innebar överföring av data, uppbyggnad av nya mallar, förlust av tidigare symbolmärkning och bristande vana hos läkare och sköterskor att hitta rätt i koppling mellan journal och diagnos. Ytterligare en bidragande orsak kan vara att en stor del av AK - patienterna ännu inte har haft en läkemedelsgenomgång i det nya journalsystemet. Det saknas då korrekt införda läkemedel och diagnoser i deras journal. Vår förhoppning är att 2020 har vi åter nått nivån på 90 % adekvat behandling av patienter med diagnos FF.
Införandet av CoaguChek har gett oss ett enkelt sätt att kontrollera INR i hemmet och med bättre kontroller och direkt ordination har läkarna vågat initiera behandling med Waran även hos våra äldsta patienter. Även NOAK och möjlighet till dosering i Apodos har haft betydelse för bättre Strokeprofylax i HSV. 2018 har vi 36 patienter i HSV som har diagnos FF. Andelen med adekvat behandling är 92 %. Av dessa patienter har 13 Waran och 20 NOAK. Det kan jämföras med 2012 då 8 patienter hade diagnos FF och 4 (50 %) hade Adekvat behandling, samtliga med Waran. Målnivån att > 60 % av patienter i HSV ska ha effektiv profylax för stroke når vi med marginal till 2018. Den nedgång vi ser 2017 tror vi kan ha flera orsaker. Dels att vi fick fler patienter i HSV än vi haft tidigare (182) och av dem med FF kan flera ha varit svårt sjuka med kort förväntat överlevnad. Diagnosen FF förändrar då inte deras behandling. Det kan också bero på att flera patienter med FF skrevs in i HSV för en kortare tid och därmed inte kom med i statistiken över AK-behandling i HSV.
ASA i hög dos(160-320 mg)och andra trombocythämmare (Clopidogrel och Persantin) användes tidigare som alternativ till Waran men betraktas sedan flera år tillbaka som ett otillräckligt och många gånger dåligt skydd för stroke. Vi hoppades att en bieffekt av förbättrad diagnos och behandling vid FF skulle bidra till en minskning av trombocythämmande läkemedel . Data visar att 2012 hade 20 av 115 patienter med FF trombocythämmare (17 %) jämfört med 2017 då 13 av 266 hade det (4,9 %). Vår målnivå på < 10% nivå är nådd men det är tveksamt om siffran kan bli lägre framöver. Tidigare hjärtinfarkt eller stabil kärlkramp i kombination med mycket hög ålder och inte sällan även kognitiv svikt göra att en del patienter med FF har kvar trombocythämmare istället för Waran eller NOAK. För dessa bedöms inte vinsterna med AK behandling överväga eventuella biverkningar med behandlingen. Några av patienterna i den här gruppen har också aktivt (trots information) valt att inte ha behandling med AK.
Fortsatt utbildning, fasta rutiner och samarbetet med kardiologer är så vi vill fortsätta arbetet i vårt AK-team för att ge våra patienter med förmaksflimmer och stor risk för Stroke en adekvat behandling.