

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Helsa vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef: Lena Eriksson Projektansvarig: Lisa Lindberg Dsk	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

del 1 och del 2

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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbatteringsarbeten.hsf@sll.se senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

DEL 1 – Planen

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.
Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

Lena Eriksson, verksamhetschef, Lisa Lindberg, distriktssköterska, lisa.lindberg@helsa.se, Therese Karlsson, sjuksköterska, Linda Hellströmer, sjuksköterska, Julian Medin, sjuksköterska, Sofia Goobar-Gomina, distriktssköterska, Arghavan Kamangar, läkare.

Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?**
Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck

Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke

Målet för Helsa vårdcentrals kvalitetsarbete 2019 är att förbättra hjärtsviktsvården genom att starta en hjärtsviktmottagning. Hjärtsvikt är en kronisk, dödlig sjukdom vars prevalens inom SLL är runt 40 000 patienter, inom hela befolkningen 2-3%. Diagnosen är en av de vanligaste inom sjukvården och hade tidigare en mortalitet på 40-50%. Tidig diagnostik och optimal behandling förbättrar såväl prognos som livskvalitet (Livsmedelsverket, 2019). Enligt de nationella riktlinjerna hos Socialstyrelsen avseende patienter med kronisk hjärtsvikt och som vårdats på sjukhus ges rekommendation att dessa ska följas upp på multidisciplinära hjärtsviktsmottagningar

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Helsa vårdcentral Sundbyberg

Verksamhetschef: Lena Eriksson
Projektansvarig: Lisa Lindberg Dsk

Aktnummer (ifylles av HSF)

(Socialstyrelsen, 2019). Studier visar att en uppföljning på hjärtsviktsmottagning ger en signifikant sänkning av morbiditet samt en minskad mortalitet. Vidare visar studier att uppföljning på en hjärtsviktsmottagning ger en ökad motivation hos patienter att sköta sin egenvård och uppnå en god compliance gällande farmakologisk behandling. Rekommendation från Viss är att patienter med hjärtsvikt ska behandlas i samverkan mellan primärvården och specialisthjärtviktsmottagningarna (Viss, 2019). Enligt Viss ska adekvat behandling enligt riktlinjerna insättas tidigt för att bromsa sjukdomsförloppet och förbättra patienternas livskvalitet.

Material från Netdoktors undersökning från 2018 visade bland annat att en femtedel av patienterna inte visste var de skulle vända sig vid hjärtsviktssymtom, hälften av dem hade då sökt akut vård, vidare kände 75% av patienterna en oro/ångest för att drabbas av hjärtsviktssymtom, ca var femte patient saknar en fast vårdkontakt och ca var tredje patient har aldrig besökt en hjärtsviktsmottagning. Undersökningen visade också att även anhöriga kände oro och saknade information om hur de bäst kan stödja patienten med hjärtsvikt (Netdoktor, 2018).

Inom Helsas upptagningsområde har vi på ca 20 000 listade patienter funnit 153 patienter med diagnos hjärtsvikt (Medrave). Med utgångspunkt i att hjärtsvikt är en stor folksjukdom (Netdoktor, 2018), misstänker vi att mörkertalet är stort och vi önskar därför finna fler patienter med symtom som talar för hjärtsvikt. Det ligger en svårighet i att finna patienterna då de i flertalet fall söker läkare av andra skäl än sin hjärtsvikt och att de då ej registreras som hjärtsviktsdiagnospatienter.

Inom Helsa vårdcentral saknas i nuläget riktlinjer för handläggande och behandling av patienter med kronisk hjärtsvikt. Vi ser det därför som ett angeläget och viktigt område att utveckla hjärtsviktsbehandlingen, såväl gällande den farmakologiska som den ickefarmakologiska behandlingen.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

Inom Tema Hjärtsvikt såväl finna patienterna som förbättra vårdcentralens behandlingsregim i linje med gällande föreskrifter.

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt

T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer

Med utgångspunkt i studier och register har vi som övergripande mål valt att arbeta med att förbättra hjärtsviktsvården för patienter inom Helsa vårdcentralens upptagningsområde.

Del ett blir att finna dels patienter med redan diagnosticerad hjärtsvikt, dels utröna om det finns ett mörkertal av patienter med hjärtsviktssymtom men som ej blivit diagnosticerade.

Del två blir att utröna om patienternas nuvarande medicinering är adekvat utifrån gällande riktlinjer samt utveckla den ickefarmakologiska behandlingen, dvs egenvård.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Helsa vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef: Lena Eriksson Projektansvarig: Lisa Lindberg Dsk	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

- Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.
- Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).

Initiala förbättringsideer:

- Hur ska vi finna våra patienter med hjärtsviktsdiagnos?
- Hur ska vi finna våra patienter med potentiell risk att utveckla hjärtsvikt alt finna de pt med hjärtsvikt utan satt diagnos?
- Hur ser nuvarande behandlingsstrategi ut gällande läkemedel, följs riktlinjerna?
- Vad ska enligt riktlinjer utföras på en hjärtsviktsmottagning inom primärvården?

Patientperspektiv:

- Hur upplever patienten sin nuvarande hjärtsviktsbehandling?
- Hur upplever patienten sin hjärtsviktsbehandling efter hjärtsviktsmottagningens införlivande?
- Vilka fördelar upplever patienterna med att bli knutna till hjärtsviktsmottagning?

Förbättringsprojektet har främst fokuserat på:

- Hur ska vi finna våra patienter med hjärtsviktsdiagnos? (Fortsatt utveckling blir att utarbeta rutiner även för att finna patienter med hjärtsvikt men utan satt diagnos.)
- Utifrån studier av VISS, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, studiebesök på sjukhusansluten hjärtsviktsmottagning samt material från 4D-projekt har hjärtsviktsmottagningens rutiner tagits fram och standardiserats i PM.
- För att mäta utvecklingen i processen har 6 indikatorer mätts; se Indikator 1-6.
- Patientperspektivet har initialt mätts genom att använda formulär EQ5D. Varje besök har innefattat ett holistiskt patientcentrerat perspektiv. Varje besök unikt efter patientens önskemål.

Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

Indikatornamn	Nuläge = Startläge	Datum/period för	Mål	Datum för att uppnå målvärdet
T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.				

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Helsa vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef: Lena Eriksson Projektansvarig: Lisa Lindberg Dsk	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Antal snabbspirometri per vecka	(% eller antal)	start-läge	(% eller antal)	
Indikator 1	Antal patienter med hjärtsviktsdiagnos listade på Helsa vc, Primärvårdskvalitet	178	Feb 2018	185	Feb 2020
Indikator 2	Andel pt med hjärtsvikt som fått återbesök, Medrave	68	Feb 2018	75%	Feb 2020
Indikator 3	Andel pt med hjärtsvikt där proBNP registrerats senaste året, Medrave	32	Feb 2018	40%	Feb 2020
Indikator 4	Andel pt med hjärtsvikt där EKG utförts senaste året, Medrave	10	Feb 2018	50%	Feb 2020
Indikator 5	Andel pt med hjärtsvikt där NYHA registrerats senaste året, Medrave	0	Feb 2017	40%	Feb 2020
Indikator 6	Andel registreringar av EF, Medrave	0	Feb 2017	30%	Feb 2020

Kommentar (valfritt):

Indikator 1: Mål ej uppnått. Denna del av projektet syftade dock mer till att förbättra hjärtsviktsvården för befintliga patienter snarare än att finna det sk mörkertalet och vilket är vårt nästa fokus i arbetet.

Indikator 2: Mål ej uppnått. Istället har antalet återbesök gått ned. Detta är svårförklarligt då ca hälften av de kallade patienterna redan nu har fått återbesök. Oklart om det kan kopplas till vald journalföring alternativt något gällande inhämtningsuppgifterna i Medrave.

Indikator 3: Mål ej uppnått och möjligen inte ett helt adekvat mål heller då inte alla patienter behöver lämna proBNP varje år.

Indikator 4: Mål uppnått. Ett nyupptäckt förmaksflimmer upptäckt, samt en äldre infarkt.

Indikator 5: Mål uppnått. En högre andel registreringar relaterat till en högre användning av hjärt-kärlmallen.

Indikator 6: Mål uppnått. Fler patienter har utfört EKO, värt att notera dock är att det målet bör sättas i relation till nyttan för patienten, dvs inte heller det är något som ingår i årlig kontroll. Viktigt dock framöver när projektets inriktning blir att finna odiagnosticerade patienter.

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Helsa vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef: Lena Eriksson Projektansvarig: Lisa Lindberg Dsk	Aktnummer (ifylles av HSF)

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Prevalens och urval

- Patienter (pt), listade på Helsa, med satt hjärtsviktsdiagnos I50 lokaliserades via Medrave: 153 st, Primärvårdskvalitet: 178 st samt i GUPS: 218 pt (190630). Patienter medräknade i Medrave sammanställdes i egen patientlista i TC, urvalskriterier senaste fem åren, diagnos I50, män/kvinnor, avlidna/flyttade ej medräknade.
- Urvalskriterier för att ingå i hjärtsviktsmottagningen:
 - Diagnos hjärtsvikt, ospecificerad, I50.
 - Ej inskrivna i hemsjukvården (HSV). Dessa sköts separat.
 - Ej inskrivna på sjukhusspecialiserad hjärt-kärlmottagning.
 - Ej sjukhemspatient.
 - Multidiagnos, redan kopplad till diabetes alt hypertoniomottagning.
- Urvalskriterier för att kallas till hjärtsviktsmottagning:
 - Diagnos hjärtsvikt alt hjärtkärlsjukdom, I50.
 - Godkänd att kalla efter kontakt med ansvarig läkare.
 - Listad på Helsa vc.
- 153 pt registrerades via Medrave. Av dessa var 44 pt HSV-patienter, inskrivna på annan specialistklinik 16 pt, pt utan hjärtsviktsdiagnos 13 pt, pt redan inskrivna annan mottagning hypertoni/diabetes/ASIH tre pt samt ej listande 7 pt.
- 33 pt har kallats, 29 har erhållit besök på sköterskemottagning. Bortfallet beror bla på att pt redan tillhör specialistklinik. Ca hälften av de kallade pt har även bokats på återbesök efter det första besöket.
- Av listans ursprungliga 153 patienter återstår att skicka kallelse till 37 pt.
- Vissa patienter har tillkommit genom konsultationsremiss från annan vårdgivare alt internt.

Processarbete

- Hjärtsviktsteam bildades på mottagningen med regelbundna möten. Målsättning och innehåll tillika mätvärden utifrån SMART diskuterades. Initialt utfördes en kartläggning utifrån 5P av vårdcentralen. Vidare utarbetades en projektplan utifrån GANTT och vilken följdes strukturerat under arbetets gång.
- Nya PM och riktlinjer utformades och reviderades. Dessa är inte klara utan utvärderas fortlöpande.
- Flödesprocess har utformats och reviderats vid flera tillfällen. Se bifogat flödesschema. Planering nu är att kalla patienterna halvårsvis till sköterska och halvårsvis till läkare till skillnad från initial planering där läkarbesök följde på sköterskebesök. De formulär vi tidigare använde dvs Rikssvikt och EQ5D har ersatts av foldern Goda levnadsvanor vilken numera skickas med i kallelsebrevet.

Sammanfattning

Patienterna kallades på ett initialt nybesök. Under det besöket togs en grundläggande anamnes genom användande av Hjärt-kärlmallen, vidare togs kontroller i form av puls, blodtryck, längd, vikt

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Helsa vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef: Lena Eriksson Projektansvarig: Lisa Lindberg Dsk	Aktnummer (ifylles av HSF)

samt i de flesta fall även EKG. Patienterna har erhållit en kallelse med ett medföljande informationsbrev om att en hjärtsviktsmottagning har öppnats. Samtliga patienter med erhållet kallelsebrev har tackat ja, de som avbokat besöket har gjort det eftersom de redan ingår i specialistanknuten hjärtsviktsmottagning. Besöken har initierats hos sjuksköterska och i förekommande fall stämts av med ansvarig läkare antingen före besöket men vanligtvis efter besöket, detta då en rad nya frågor väckts efter besöket. De EKG som tagits har bedömts på plats av ansvarig läkare alternativt en jourdoktor. Besöken har varit tidskrävande men givande och det har efter i stort sett varje besök genererats nya frågeställningar att ta med ansvarig läkare direkt alternativt behov av att boka nytt besök hos sköterska. Läkemedelsupptitrering hos sköterska har endast varit aktuellt hos en patient. Mätning av patientnöjdheten av hjärtsviktsmottagningen har ej i nuläget mätts, däremot upplevs mottagningen som omhändertagande och trygg enligt patienternas utsaga. Projektgruppen diskuterar nu vikten av att även finna mörkertalet gällande prevalens, såväl patienter med andra hjärtsjukdomar som patienter med symtom på hjärtsvikt utan satt diagnos.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Registrering av prevalens patienter med hjärtsviktsdiagnos	178	Feb 2018	185	153	Feb 2020
Indikator 2	Andel pt med hjärtsvikt som fått återbesök	68	Feb 2018	75%	56	Feb 2020
Indikator 3	Andel pt med hjärtsvikt där proBNP registrerats senaste året	32	Feb 2018	40%	32	Feb 2020
Indikator 4	Andel pt med hjärtsvikt där EKG utförts senaste året	10	Feb 2018	50%	15	Feb 2020
Indikator 5	Andel pt med hjärtsvikt där NYHA registrerats senaste året	0	Feb 2017	40%	23	Feb 2020
Indikator 6	Antal registreringar av EF	0	Feb 2017	30%	17	Feb 2020

Övriga kommentarer:

Se separat bilaga gällande diagram och mätresultat.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Helsa vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef: Lena Eriksson Projektansvarig: Lisa Lindberg Dsk	Aktnummer (ifylles av HSF)

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
 - Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
 - Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
 - Vilka datakällor har varit användbara för er?
- Vikten av att projektet är accepterat av såväl alla professioner som av ledning kan inte nog understrykas. Initial förbättringsidé att utvärdera adekvat läkemedelsbehandling ej aktuellt att möta under processens gång. Fokus har istället varit att mäta andra variabler, se indikatorer 1-6. Ursprungligen önskade vi även mäta graden av livskvalitet och EQ5D-formuläret användes. Relaterat till svårigheter att utforma adekvat mätning av densamma samt att det formuläret inte är mätbart förrän efter flera återbesök, samt att de frågor som där ställs redan finns i hjärtkärlmallen gjorde det formuläret överflödigt. Vidare kan konstateras att den tillgängliga tiden för besöket, 1 h, möjliggjorde att pt fick ordentligt med tid att dryfta inte bara frågor relaterade till hjärtsvikten utan även andra hälsofrågor och vilket i sin tid generade ytterligare besök. Trots den väl tilltagna tiden har det ändå visat sig svårt att hinna med registrering i Rikssviktsregistret. Helsa vc är dock knuten till registret och arbetet med registrering pågår succesivt. Avslutningsvis är mängden hittills knutna patienter till hjärtsviktsmottagningen lättöverskådligt varför dessa patienter kunnat hållas under uppsikt och avstämning med gällande pågående Coronakris och risk för allvarlig sjukdom. Hembesök har under senaste veckan initierats för att bevaka dessa riskgruppers mående.
 - Varje besök unikt utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt. Över hälften av besöken resulterade i återbesök med allt från önskemål om förskrivning av kompressionsstrumpor, behov av inkontinensskydd, läkemedelsuppföljning, behov av järninfusioner, fortsatt remiss till kardiologspecialist såväl relaterat till upptäckt av äldre infarkt som upptäckande av förmaksflimmer etc. Patienterna har fått en egen ingång, specifikt telefonnummer, till hjärtsviktsmottagningen och upplever en ökad tillgänglighet. Många patienter uttrycker en trygghet i att känna sig mer omhändertagna.
 - Under fortsatt arbete behöver fokus läggas på att utforma än mer standardiserade rutiner vid handläggandet av såväl kända hjärtsviktspatienter som patienter med hjärtsviktsmisstanke men utan känd diagnos. En ny projektgrupp gällande inte bara hjärtsviktsvården kommer att bildas under våren och arbeta med ett större flöde patienter inkluderande även andra hjärtsjukdomar.
 - Medrave, Primärvårdskvalitet, VISS, Socialstyrelsen nationella riktlinjer, 4D-projektets handlingsprogram, studiebesök på sjukhusansluten hjärtsviktsmottagning samt kontakter med andra hjärtsviktsmottagningar inom primärvården, t ex Flemingsbergs vårdcentral samt Hemse vårdcentral på Gotland.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.hsf@sll.se