

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Rosenlunds vårdcentral	
Verksamhetschef Noel Mikha	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 forbattningsarbeten.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.

Noel Mikha, läkare, noel.mikha@vcr.se
Faysal Arjmand Far, läkare.
Annika Hedlund, sjuksköterska.

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 målbloodtryck

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

Kronisk hjärtsvikt är ett vanligt men underdiagnostiserat tillstånd, med tilltagande incidens och prevalens i högre åldrar och med hög dödlighet. Frekvensen i befolkningen beräknas till cirka 2 % och hos personer över 80 år 10 %.

Vi vill förbättra vår detekteringsgrad gällande diagnosen hjärtsvikt, förbättra vår dokumentation enhetlig och samsyn mellan primärvården och den sjukhusbaserade vården och förbättra våra rutiner gällande behandling av hjärtsvikt.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Rosenlunds vårdcentral	
Verksamhetschef Noel Mikha	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.....											
Hjärtsvikt.											
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											
Vi vill förbättra vårt omhändertagande av patienter med hjärtsvikt då det är ett vanligt men underdiagnostiserat tillstånd med stor påverkan på livskvaliteten och med hög dödlighet.											
Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?											
<p>a. 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.</p> <p>b. 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.</p>											
<p>a. Vi kommer att utarbeta ett vårdprogram för omhändertagande av hjärtsviktpatienter.</p> <p>b. Vi kommer att förbättra dokumentationen genom att skapa en journalmall för hjärtsvikt.</p> <p>c. Vi kommer att arbeta med att etablera ett kallelsesystem för regelbundna kontroller.</p>											
<p>d. Vi kommer att arbeta för att utöka vår detekteringsgrad genom information både till personalen och till våra listade patienter för att göra de mera medvetna om symtomen.</p> <p>e. Vi kommer dessutom att arbeta med att förbättra våra rutiner gällande medicineringen av patienter med hjärtsvikt enligt rekommendationerna.</p>											
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...											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikatornamn</th> <th>Nuläge = Startläge (% eller antal)</th> <th>Datum/period för startläge</th> <th>Mål (% eller antal)</th> <th>Datum för att uppnå målvärdet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet	T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka				
Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet							
T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka											

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Rosenlunds vårdcentral	
Verksamhetschef Noel Mikha	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 1	Andel patienter med hjärtsviktdiagnos där NYHA-klass har dokumenterats	0	20190501	80%	20191231
Indikator 2	Andel patienter med hjärtsviktdiagnos som behandlas med ACE eller ARB	46,3	20190501	80%	20191231
Indikator 3	Prevalens gällande diagnos hjärtsvikt	0,4	20190501	1%	20191231
Indikator 4					20191231
Indikator 5					20191231

Kommentar (valfritt):

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 Rosenlunds vårdcentral	
Verksamhetschef Noel Mikha	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.

I början gjorde vi en sökning via MedRave och plockade ut önskad data gällande hjärtsviktpatienter. Utifrån dessa data valde vi de punkter som vi behövde arbeta med för att förbättra omhändertagandet av våra hjärtsviktpatienter.

Vi utarbetade ett vårdprogram för omhändertagande av hjärtsviktpatienter. Vi skapade en journalmall för hjärtsvikt och etablerade ett kallelsesystem för regelbundna kontroller. Vi lade patientinformation om hjärtsvikt på vår hemsida och ökade vår personals medvetenhet i hjärtsviktssymtom.

Vi arbetade aktivt med att förbättra vår andel patienter gällande medicineringen med ACE eller ARB.

Vi hade ingen testperiod. Vi satte igång direkt och kallade alla hjärtsviktpatienter till kontroll.

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	Andel patienter med hjärtsviktdiagnos där NYHA-klass har dokumenterats	0%	2019-05-01	80%	47,2%	2019-12-31
Indikator 2	Andel patienter med hjärtsviktdiagnos som behandlas med ACE eller ARB	46,3%	2019-05-01	80%	77,1%	2019-12-31
Indikator 3	Prevalens gällande diagnos hjärtsvikt	0,4%	2019-05-01	1%	0,65%	2019-12-31
Indikator 4						
Indikator 5						

Övriga kommentarer:

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Rosenlunds vårdcentral	
Verksamhetschef Noel Mikha	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har etablerat ett vårdprogram för hjärtsvikt, en journalmall för hjärtsvikt och ett kallelsesystem för hjärtsviktpatienter.

Vi har lyckats öka andelen hjärtsviktpatienter som behandlas med ACE eller ARB.

Vi har lyckats att öka vår diagnostiseringsgrad till 0,65 som är 62% högre än förra året.

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

1. Vad har ni lärt er?
2. 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?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1. Att man med enkla medel och en del organisation och planering kan man uppnå bättre resultat och erbjuda säkrare vård.

2. Genom att skicka riktade information till vissa patientgrupper, till exempel KOL-patienter har vi lyckats få patienterna att engagera sig i diagnostik och behandling av hjärtsvikt för de patienter som visade sig ha hjärtsvikt.

3. Vår plan är att fortsätta arbeta med att öka medvetenheten hos våra patienter och vår personal om vikten av att behandla hjärtsvikten enligt gällande rekommendationer. Att öka vår diagnostiseringsgrad. Att erbjuda regelbundna årskontroller för hjärtsviktpatienter.

4. MedRave

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 forbattningsarbeten.hsf@sll.se