

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Stuvsta VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Pierre Bergensand	

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.

Jenny Askerud (läk) (jenny.askerud@stuvstavc.se), Mina Masoumzadeh (läk), Karin Pettersson (dsk), Annica Blomqvist (dsk), Angelica Berkvens (usk)

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

a) De största diagnosgrupperna är hjärt-kärl-sjukdom, DM typ 2, astma/KOL, psykisk ohälsa och infektioner. De med kronisk sjukdom behöver hittas tidigt för att kunna behandlas på bästa sätt, få en bättre livskvalitet och förbättrad prognos.

b) Stuvsta VC är bra på att behandla hypertoniker, få ner HbA1c på diabetiker och på läkarkontinuitet. Mottagningen fick högt betyg av patienterna i patientenkäten 2018. Förbättringspotential finns gällande diagnosen hjärtsvikt. Enligt siffror i PrimärvårdsKvalitet låg prevalensen för hjärtsvikt 2018 på 0,87 % jämfört med riksgenomsnittet på 1,33 %.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Stuvsta VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Pierre Bergensand	

<p>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.....</p>
<p>Temat är hjärtsvikt.</p>
<p>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</p>
<p>a) Vi vill bli bättre på att hitta de patienter som har hjärtsvikt och få en mer strukturerad uppföljning av hjärtsviktpatienterna. Vi vill öka diagnosticeringen och registreringen av hjärtsvikt hos våra patienter samt öka funktionsklassningen av dem med hjälp av NYHA.</p> <p>b) Öka andelen hjärtsviktpatienter från 0,87 % till 1,3 %.</p> <p>Öka andelen NYHA-registrering hos hjärtsviktpatienterna från 2 % till 20 %</p> <p>c) 2019-12-31</p>
<p>Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?</p> <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) Skriva och införa en rutin/process för att uppmärksamma diagnosen, hitta patienterna lättare och förtydliga hur vi skall följa upp dem. Införa hjärt-kärl-mall i journalsystemet Take Care. Ha två avsatta distriktssköterskor för hjärtsviktpatienterna som vid behov kan följa upp dem mellan läkarbesöken för exempelvis vikt och blodtryck. Bjuda in personal från hjärtsviktsmottagningen på sjukhuset för undervisning och råd.</p> <p>b) Ge alla hjärtsviktpatienter 3 frågor att besvara angående sitt mående och önskad hjälp. De två distriktssköterskor som kommer att träffa patienterna mer kontinuerligt kan få en fördjupad allians med patienterna. Patienterna kan också lättare kontakta "sin" distriktssköterska.</p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Stuvsta VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Pierre Bergensand	

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 snabbspirometrier 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 T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos (Prevalens)	0,87 %	181231	1,3 %	20191231
Indikator 2	Andel hjärtsviktspatienter med NYHA senaste året	2 %	181231	20 %	20191231
Indikator 3	Andel hjärtsviktspatienter med EKG senaste året	15 %	181231	30 %	20191231
Indikator 4	Andel med blodtryck taget senaste året	91 %	181231	95 %	20191231
Indikator 5	Andel med vikt/BMI registrerat senaste året	51 %	181231	75 %	20191231

Kommentar (valfritt):

Indikator 1 via Primärvårdskvalitet, övriga via MedRave.

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	
Stuvsta VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Pierre Bergensand	

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.

Vi har haft återkommande möten i hjärtsviktsgruppen och fortlöpande infört och stämt av följande insatser för hjärtsviktspatienterna:

- En gemensam process för både läkar- och sköterskegruppen med utredning och uppföljning.
- Arbetsbeskrivning för läkargruppen som helhet och för de sköterskor som är inkluderade i hjärtsviktsgruppen.
- Patientlistor för läkarna att gå igenom.
- Möjlighet för läkargruppen att boka sina uppföljningar till hjärtsviktssköterkorna
- En specifik grupp av prover och undersökningar inför årsbesöken innefattande EKG och vikt.
- En hjärt-kärl-mall i Take Care med bland annat sökorden NYHA, EKG och vikt.
- Haft två utbildningar med besök från hjärtsviktsmottagningen på KUS, Huddinge.
- Fortlöpande följt utvecklingen av EKG, vikt och blodtryck, men också NYHA och prevalens.
- Via sköterskorna delat ut patientenkät med tre frågor för hjärtsviktspatienterna att besvara.

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	Prevalens	0,89 %	181231	1,3 %	0,91	191231
Indikator 2	NYHA	2 %	181231	20 %	45 %	191231
Indikator 3	EKG	15 %	181231	30 %	17 %	191231
Indikator 4	Blodtryck	91 %	181231	95 %	92 %	191231
Indikator 5	Vikt/BMI	51 %	181231	75 %	47 %	191231

Övriga kommentarer:

Vid eftergranskning i Primärvårdskvalitet hade vår siffra för prevalens i slutet av 2018 höjts till 0,89 jämfört med vid starten för arbetet då den låg på 0,87. Flera av siffrorna sjönk mot slutet av året, oklart varför. Under året listades många nya patienter på vårdcentralen och vi hade flera sjukskrivna läkare, vilket gjorde att arbetet hamnade lite i skymundan under vissa perioder. Uppföljningstiden

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Stuvsta VC	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Pierre Bergensand	

var också förhållandevis kort då vi började med de flesta insatserna under våren. Vi kommer att fortsätta med vårt arbete för att på sikt förbättra våra siffror från grunden. Man kan dock i statistiken se att medvetenheten kring diagnosen har ökat genom antalet tagna proBNP och EKG på mottagningen. Båda ökade i antal jämfört med föregående år, antalet tagna EKG:n från 1020 till 1152 under 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. Mycket om hjärtsvikt i sig, men också hur man kan göra ett bra förbättringsarbete och vilka fallgropar som finns. Vi gick ut ambitiöst och av olika orsaker har vi inte uppnått alla målen, men är en bra bit på vägen och har fått många bra idéer om att fortsätta förbättra det vi påbörjat.

2. Delat ut patientenkäter i samband med besök hos dsk/ssk med tre frågor rörande kunskap om diagnosen, patienternas största hinder och förslag gällande förbättring.

3.
 - Byta patientenkäten mot frågor på kallelserna som patienterna kan förbereda innan besöken.
 - Besök på sviktmottagning som dessvärre inte blev av under 2019.
 - Fortsätta med den kontinuerliga uppföljningen i förbättringsgruppen för att utveckla idéerna vidare.
 - Utöka utnyttjandet av sviktsköterskorna
 - Vidareutveckla temat under 2020 till hjärt-kärl-år med utökat fokus och uppstart av förbättringsarbeten även gällande förmaksflimmer och hypertoni då många patienter tillhör samtliga grupper.

4. MedRave, Primärvårdskvalitet

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