

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

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 2020 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.hsf@sll.se senast den **28 februari 2020**, men gärna redan i januari 2020 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 2020 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2021**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2020" på Vårdgivarguiden och på [QR: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.

Gönul Sen, distriktssköterska
Ann-Christin Carlsson, receptionen
(Margareta Bylund, undersköterska; under först halvan av 2020)
(Gunn-Eli Wika, leg läk; under första halvan av 2020)
Anna Drake, leg läk, anna.drake@sll.se

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 (ändra inställningen så tiden går 5 år tillbaka och välj listade patienter så ni inte tappar de som inte varit hos er på ett tag), PrimärvårdsKvalitet (PvK), 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

Kista VC har totalt knappt 14000 pat listade med ett CNI-värde på 3,82. Enligt Med4 (200219) är 226 av dessa patienter antikoagulantia (AK)-behandlade. De vanligaste diagnoserna som erhåller AK är förmaksflimmer, lungemboli, djup ventrombos och cerebrovaskulär sjukdom. Enligt PrimärvårdsKvalitet(PVK) har Kista VC pat en prevalens för förmaksflimmer på 1,5%, av dessa är 83% antikoagulantia-behandlade. I senaste patientenkäten 2018 får Kista VC dåligt utfall på kontinuitet, jämfört med andra VC inom primärvården. Enligt PVK ligger kontinuitetsindex i mediannivå med övriga anslutna vårdcentraler.

Vid en genomgång av våra rutiner har det blivit uppenbart att vi skulle behöva förbättra omhändertagandet av våra patienter på som står på antikoagulantia. Det handlar ofta om äldre, multisyjuka patienter och vi ser ett behov av en mer strukturerad uppföljning. Vi ser bland annat ett behov av regelbundna årskontroller hos läkare.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kista VC har sedan tidigare god erfarenhet med sköterskeledda mottagningar inom diabetes och astma/KOL. Läkarmedicinska och sköterskebedömning kompletterar varandra. Sedan införandet av Take Care 2010 har en resursläkare (specialist eller sen ST) varit ansvarig för ordinationen av Waran. Belastningen på resursläkarfunktionen har ökat påtagligt senare åren och det har varit svårt att hinna med Waranordinationer. Senare åren har flera läkare slutat eller gått i pension och många patienter saknar ansvarig läkare. Vi upplever regelbundet avvikelser som oftast handlar om att patienten har missuppfattat eller inte följer de rutiner som vi har förmedlat. Systemet baserar sig på att patienten kan ta ansvar för sina kontroller och vi saknar ett system för att fånga upp patienter som av något skäl inte klarar av detta längre. Ändringar i ersättningssystemet har också medverkat till att vårdcentralen nu har fattat beslut om att se över våra rutiner kring denna patientgrupp och även genomföra införandet av en koagulationsansvarig sjuksköterska.

Vi planerar att börja med alla patienter som står på Waran och sedan inkludera patienter som står på NOAK när våra rutiner fungerar. Vi har sett att patienter som står på Waran ofta får receptförnyelse utan att de träffar läkare och vi bedömer att behovet för nya och förbättrade rutiner är störst för dessa patienter.

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.....**

Patienter med förmaksflimmer som behandlas med warfarin.

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

Det övergripande målet är att förbättra omhändertagandet av våra patienter som står på AK (NOAK och warfarin). Genom ett förbättrat omhändertagande hoppas vi minska risken för stroke och andra komplikationer och vårt mål är att patienterna ska uppleva ett förbättrat omhändertagande och en bättre kontinuitet.

Steg 4 Specifika delmål– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara T.ex. Öka prevalensen av diabetes, öka andel i % av dessa patienter som behandlas med statiner

Öka listning på namngiven läkare för patienter med warfarinbehandlad förmaksflimmer, från 67 % till 95 %.

Öka andelen patienter med förmaksflimmer som står på warfarin som fått årskontroll med uppdaterad indikation för warfarin. I nuläget har vi inte koll på läget. Målet är att 90 % (60 av 67 patienter) med förmaksflimmer och warfarinmedicinering ska ha varit på årskontroll innan 2020-12-31.

Införa sjuksköterskemottagning med förberedning inför årskontroll. Under 2020 är målet att 20 patienter ska få genomgå denna bedömning.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- 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](#).

a.

I den här rutan beskriver ni vad ni kommit fram till för förbättringsidéer, se tips ovan för hur ni kan få fram många idéer.

- Införa sköterskeledd warfarinmottagning på vårdcentralen och i hemsjukvård.
 - Prova ut i liten skala på VC och i hemsjukvård, under 4-6 veckor, PDSA-cykler. Implementera senast 19 juni 2020.
 - Resursläkare finns som stöd vid frågor kring ordination.
 - Införa warfarinkontroller i hemmet via HSV. Ssk ordinerar.
- Införa nya och uppdaterade rutiner för handläggning av patienter som står på warfarin:
 - Patienter som står på warfarin uppmuntras att lista sig på en läkare.
 - Skapa gemensam patientlista i Take Care med alla patienter som står på warfarin.
 - Ssk på warfarinmottagning har översikt över vilka patienter som behöver årskontroll.
 - Ssk förbereder årskontroll genom att kontrollera vikt/längd, EKG och BT, CHAD2-VASC-score?

Genomgång av nya rutiner regelbundet på APT, läkarmöten, sköterskemöten.

Siffror presenteras på en tavla i personalutrymmen så hela personalen kan se.

b.

Våra patienter i hemsjukvården har tillfrågats om planerade rutinändringar och de är positiva till att få PK-svaret i samband med provtagning.

Vi planerar att fråga patienter som lämnar PK-prov på vårdcentralen i samband med våra initiala PDSA-cykler, när sköterskan testar utrustning och provtagningsrutiner på utvalda patienter. Det planeras att låta 3-5 patienter göra en patientresa. Baserat på återkoppling vi får från dessa patienter får vi eventuellt justera våra rutiner.

Efter implementering av nya rutiner planeras en enkel enkät som patienten får i handen hos koagulationssköterskan. Patienten svarar anonymt.

Steg 6 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 snabbspirometriker 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...**

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/ period för start- läge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå mål- värdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med förmaksflimmer som är listad på läkare.</i>	67%	200317	95%	M4	201231
Indikator 2	<i>Andel warfarinpatienter som har varit på årskontroll enligt nya mallen.</i>	0 (Vi har ingen koll)		45 pat	Lista ssk	201231
Indikator 3	<i>Antal warfarinpatienter som förberetts för årskontroll av koagulations-ssk.</i>	0	2020-03-15	20 pat	Lista ssk	201231

Kommentar (valfritt):
Vilka källor tar ni era data från:

Indikator 1: Medrave-Förmaksflimmer, 2020-03-18

Steg 7 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 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**
Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 1 och skicka in senast 28 februari 2020 till:

forbattningsarbeten.hsf@sll.se

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2021, 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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har under andra halvan av 2020 så systematiskt som möjligt försökt fortsätta kartlägga våra Förmaksflimmer och Waran-patienter. Fram till 31 dec 2020 har dels nya tillkommit samt flera bytt mediciner till NOAK. Svårigheter har varit att hinna med arbetet i ljuset av vårdcentralens andra prioriteringar vad gäller processer för att förbättra vårdkvaliteten under Covid-19-pandemin. Initialt under mättiden beslöt vi även att minimera patienternas fysiska besök på vårdcentralen varför vi pausade arbetet med Waran-mottagningen.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 6**) 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)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1 Felskrivet i del 1 se nedan	Andel patienter med förmaksflimmer som är listad på läkare.	67% ?	200317	95%	96% (95,5%) 170 av 178 st	Medrave M4	201231
Indikator 2	Andel warfarinpatienter som har varit på årskontroll enligt nya mallen.	0	200317	45 st	28 st (av 55)	TakeCare	201231
Indikator 3	Antal warfarinpatienter som förberetts för årskontroll av koagulations-skk.	0	200317	20	0	TakeCare	201231
Indikator 4 Eller om ni vill 1b	Andel patienter med förmaksflimmer och Warfarin som är listad på läkare.	60% av 67	Ny! 200317	95%	55 st 100%		

Övriga kommentarer:

Vi har under arbetets gång funnit svårighet med vårt upplägg då vi kunde ha valt lite andra indikatorer för att bättre kunna följa upp. Som ni kan se blev det lite rörigt...

Vi planerade för att börja använda vår Coagucheck inom primärt Hemsjukvården och därefter på vårdcentralens mottagning och intervjuer gjordes därför med sammanlagt två patienter, om hur

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Kista vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Waranmottagningen skulle fungera och vad som vore fördelaktigt eller ej fördelaktigt med detta. I och med detta planerades en omvärdering om hur patientens process genom vår vc skulle ske.

Vi fann det önskvärt att fler patienter hade fått lämna åsikter/blivit intervjuade men fann det svårt att genomföra detta pga pandemirestriktionerna främst men även pga egen tidsbrist.

Vi önskar kunna fortsättas detta projekt och slutföra de huvudsakliga målen inom innevarande år.

Sammanfattningsvis:

Målet är att påbörja den sjuksköterskeledda leden av arbetet under 2021. Förhoppningsvis kan vi under våren ta nya tag för att gå igenom processen enligt våra PDSA-cykler där vi åter försökt ta till oss olika bidragande yrkesgruppers ideer kring förbättring samt patienternas upplevelse för hur det fungerat. Rutin för den sjuksköterskeledda mottagningen finns och håller på att utvärderas teoretiskt av våra yrkesgrupper. Därefter kan vi komma "i startgroparna" för att börja ha mottagning med först utvalda patienter. Därefter en utvärdering mha bruket av bl.a PDSA-cykler och komma igång kanske under sommaren.

Målet är även att alla patienter med Waran-medicinering (primärt) för förmaksflimmer ska ha haft en årlig kontroll av detta under 2021.

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?

1.

Att planera bättre och vara mer av tidspessimister. Vi har haft nytta av väntelistan!

2.

Intervjuer med två patienter

3.

Rutin för listning finns och ansvarig för väntelista finns, vilket inte fungerat tidigare

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

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 2 och skicka in senast 31 januari 2021 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.hsf@sll.se