

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Tibble Vårdcentral

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Mohammad Islam

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022 del 1 och del 2: Hypertoni

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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.salso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2022**. Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktigt för att göra rätt saker.

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.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.

Mohammad Islam – Specialist i Allmänmedicin

Fahim Sharan – Legitimerad läkare (kontaktperson): fahimsharan@gmail.com

Munir Hossain – Distriktssköterska

Serife Gulpinar – Sjuksköterska

Sina Mousavi - Undersköterska

Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!

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.

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Tibble Vårdcentral

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Mohammad Islam

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel. Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Optimering av riskfaktorer för kardiovaskulär händelse är av stor vikt för att reducera sjukdomsburda hos befolkningen på lång sikt. Hypertoni är en ledande behandlingsbar orsak till för tidig död och det är därför viktigt att både upptäcka och behandla högt blodtryck. Förutom att initiera behandling är det också viktigt att följa upp och säkerställa att patienter med hypertoni når sina målblodtryck. Det har även tillkommit nya rekommendationer för målblodtryck där alla patienter upp till 70 år ska uppnå ett blodtryck på <130/80, vilket medför att vi behöver arbeta fram nya rutiner för att anpassa oss till detta.

Utifrån insamlad data i MedRave ser vi att utav våra 267st hypertoni-patienter <70år så har endast 10,3% haft ett blodtryck på <130/80 vid senaste mätningen. Vi ser även att ca 28% av våra hypertoni-patienter som är <70år och har ett uppmätt blodtryck på >130/80 inte står på ett blodtryckssänkande läkemedel.

För våra hypertoni-patienter som är >70år ser vi att 53,3% når sitt målblodtryck på <140/90. Av de som inte når sitt målblodtryck, står ca 32% av dessa inte på något anti-hypertensivt läkemedel.

Vi ser därför ett stort behov till att anpassa vår riktlinjer för blodtrycksbehandling till de nya rekommendationerna för patientgruppen som är <70år och arbeta aktivt med att få fler patienter att nå sitt målblodtryck.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

I år vill vi arbeta med att förbättra blodtrycksbehandlingen av våra hypertoni-patienter

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient-verksamhets- och samhällsnivå)

Vi vill att en större andel av våra patienter når sitt blodtrycksmål och på så sätt minskar risken för kardiovaskulära händelser och tidig död, vilket också reducerar sjukdomsburdan i samhället. Vi har redan en etablerad sjuksköterskeledd hypertoni-mottagning på vårdcentralen, men ett övergripande mål med detta kvalitetsarbete blir att uppdatera rutinerna utifrån de nya behandlingsrekommendationerna så att vi säkerställer att fler patienter når sitt målblodtryck.

Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

1. Öka andelen hypertoni-patienter <70 år med blodtryck <130/80 från 10,3% till 30%.
2. Förbättra insättning av anti-hypertensiv läkemedelsbehandling så att andelen hypertoni-patienter med som ej når målblodtryck och inte står på läkemedel minskar till <20%.

Dessa mål är tidsatta från 1:a mars 2022 – december 2022.

Information om husläkarmottagningMottagningens namn
Tibble Vårdcentral

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Mohammad Islam

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

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda det så kallade "fiskbensdiagrammet" eller "orsak-verkan-diagram" för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>

- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

1. Vi ska identifiera alla våra listade patienter med hypertoni-diagnos som ej uppnår sitt målblodtryck (<70år >130/80 och 70år+ > 140/90 vid senaste mätning.

2. Dessa patienter ska aktivt kallas till vår sjuksköterskeledda hypertoni-mottagning för blodtryckskontroller. Om patient ej uppnår målblodtryck och även fått adekvat information om livsstilsåtgärder bokas dessa till läkare för läkemedelsjustering/insättning. Patient återremitteras sedan till hypertoni-mottagning för fortsatta blodtryckskontroller. Målblodtryck ska uppnås inom 3 månader från start/justering av behandling.

3. Patienter följs sedan med mer frekventa besök på hypertoni-mottagningen tills målblodtryck uppnås. Målet är att behandlingsmål ska nås inom 3 månader.

b. Patienter involveras i sin behandling på hypertoni-mottagningen där man noggrant går igenom livsstil och kommer tillsammans med patienten överens om konkreta och görbara åtgärder för livsstilsförändringar, vilka följs upp vid uppföljningsbesök.

Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) 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 för processmåttet, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet

Information om husläkarmottagningMottagningens namn
Tibble Vårdcentral

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Mohammad Islam

	Antal snabbspirometri per vecka					
Indikator 1	Andel hypertonipatienter <70 år med BT <130/80	10,3%	2022-02-27	30%	MedRave	Dec 2022
Indikator 2	Andel hypertonipatienter >70 år med BT <140/80	26,4%	2022-02-27	50%	MedRave	Dec 2022
Indikator 3	Andel hypertonipatienter (oavsett ålder) som ej uppnår målbloodtryck och som ej står på läkemedelsbehandling.	28%	2022-02-27	<20%	MedRave	Dec 2022

Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, 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 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel. Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Vi har enligt plan (som redovisades i del 1) identifierat vår patienter med hypertoni-diagnos utifrån MedRave. Vi har sedan byggt upp en väntelista i TakeCare varifrån dessa patienter kontinuerligt har kallats till vår sjuksköterskeledda hypertoni-mottagning. Våra sjuksköterskor har fått riktlinjer kring målvärden för blodtryck utifrån patientens ålder och annan sjukdom (exempelvis diabetes). Hos sjuksköterska har patient fått genomgå blodtryckskontroll efter vila. Om patient ej ligger inom målvärdet har sjuksköterska meddelat ansvarig läkare för beslut om läkemedelsjustering. Patient har därefter kallats på återbesök till sjuksköterska för utvärdering av behandlingseffekt och denna cykel har fortsatt tills patient uppnått målvärde för blodtryck. Efter att patient uppnått målvärde har patient satts upp på väntelista för ny blodtryckskontroll om ett år.

Vi har dock under året periodvis haft en del bortfall i bemanningen av sjuksköterskor varför vi ej har kunnat kalla lika många hypertoni-patienter som vi skulle vilja. Vår mottagning har även växt med ca 1000st nya

Information om husläkarmottagningMottagningens namn
Tibble Vårdcentral

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Mohammad Islam

patienter varför alla nya patienter inte riktigt hunnit komma på besök till hypertoniomottagningen ännu. Detta är en orsak till varför vi inte har lyckats nå de uppsatta målen för arbetet. Dock har vi sett till att implementera samma tänk kring målvärde för blodtryck i vår sjuksköterskeledda diabetesmottagning och eftersom många patienter med diabetes även har hypertoni har dessa patienter fått en bättre justering av blodtrycket, vilket delvis kan förklara att vi ändå har förbättrat blodtryckskontrollen även om vi inte har nått de uppsatta målen.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 om ni vill**) 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	Andel hypertonipatienter <70 år med BT <130/80	10,3%	2022-02-27	30%	17,8%	MedRave	2023-01-25
Indikator 2	Andel hypertonipatienter >70 år med BT <140/80	26,4%	2022-02-27	50%	40,8%	MedRave	2023-01-25
Indikator 3	Andel hypertonipatienter (oavsett ålder) som ej uppnår målblodtryck och som ej står på läkemedelsbehandling.	28%	2022-02-27	<20%	28%	MedRave	2023-01-25

Övriga kommentarer:**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 era patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

1.

Det vi har lärt oss är att sjuksköterskeledda mottagningar är en bra resurs för att få bättre blodtryckskontroll hos våra patienter. Som allt annat är dock detta väldigt beroende av bemanningen och en skör bemanning leder till att man eventuellt behöver prioritera annat över dessa kontroller.

Utifrån ovanstående resultat ser vi ändå att vi har kommit en bit på vägen för att få bättre blodtryckskontroll för våra patienter, speciellt hos våra äldre patienter > 70 år. Det som dock fortsatt är oförändrat är andelen patienter som ej står på blodtrycksläkemedel trots förhöjt blodtryck. Varför detta resultat ej har förbättrats trots vår systematiska kallelse av patienter under året behöver vi nu undersöka närmare.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Tibble Vårdcentral

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Mohammad Islam

2. Vi har vid kallelse av patienter till kontroller upptäckt att många avböjer inbjudan till kontroll. Detta kan delvis vara på grund av att patienter ligger välkontrollerad och upplever ej att de har behov av kontroller. De som väl kommer på kontroll får alltid genomgång av livsstilsfaktorer som kan påverka blodtrycket och har själva varit delaktiga att identifiera faktorer som går att optimera. Detta har sedan följts upp vid nästa besök och många patienter inser då att både icke-farmakologiska och farmakologiska åtgärder hjälper dem att nå en bättre blodtryckskontroll.

3. Vi kommer fortsätta med vår sjuksköterskeledda blodtrycksmottagning då vi ser att detta skapar värde i form av bättre blodtryckskontroll för våra patienter. Då vi inser att begränsningar i bemanningen gör att vi eventuellt inte hinner med att kalla alla patienter med hypertoni-diagnos och där patienter som välkontrollerade inte alltid är motiverade att komma på kontroll, kommer vi istället lägga ett större fokus på att sälla ut de patienter som inte ligger välkontrollerade och specifikt kalla dessa till blodtrycksmottagningen i första hand. Vi kommer också försöka identifiera de patienter som har förhöjt blodtryck men ej står på behandling för att se varför de är obehandlade och sätta in behandling i de fall hypertoni-diagnos kan bekräftas och det ej finns några kontraindikationer till behandling.

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

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se