

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Slussen	
Verksamhetschef Josefin Rödström	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 forbattringsarbeten.apc.sls@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 del1 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 viktig 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.

Magnus Wallner, läkare, specialist i allmänmedicin

Manda Sjöstedt, sjuksköterska

Emma Elliott, sjuksköterska

Maria Papachristou, läkare, specialist i Allmänmedicin

Maiia Solodovnykova, läkare, ST-läkare i allmänmedicin

Josefin Rödström, verksamhetschef, kontaktperson: josefin.rodstrom@capio.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Slussen	
Verksamhetschef Josefin Rödström	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

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.

Av våra **922** patienter med hypertoni-diagnos är det endast **38%** som ligger under 140/90 mmHg.

Antal patienter som tidigare fått hypertoni-diagnos men som inte har fått bedömning och diagnos under de senaste 18 månaderna är **122**. Det motsvarar **13%** av våra hypertoni-patienter.

Registreringsgraden avseende rökvanor hos våra hypertoni-patienter är **81%**, och avseende mikroalbuminuri är **75%**.

Vi väljer att arbeta med hypertoni för att kunna förbättra omhändertagandet av våra hypertoni-patienter.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Hypertoni.

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

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter som har hypertoni. Det är viktigt för att minska risken för stroke och andra hjärt-/kärlkomplikationer. Det kan innebära förbättrad livskvalitet.

Vi vill utveckla vår sjuksköterskeledda mottagning för att styra vården till rätt nivå och använda alla kompetenser som finns på vårdcentralen.

Hypertoni är en vanlig sjukdom som kan bidra till allvarlig sjuklighet. Det är samtidigt en sjukdom där patienten kan vara delaktig på många sätt i upptäckt, behandling och uppföljning.

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.

Vi vill öka andelen patienter med hypertoni som når blodtryck < 140/90 mmHg. Patienterna kommer att delas upp i två åldersgrupper:

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Slussen	
Verksamhetschef Josefin Rödström	Aktnummer (ifylles av HSF)

Patienter yngre än 70 år: behandlingsmål lägre än 130/80 mmHg
 Patienter 70 år eller äldre: behandlingsmål lägre än 140/80 mmHg

Vi vill öka registreringsgraden avseende tobaksvanor hos patienter med hypertoni.

Vi vill öka registreringsgraden avseende mikroalbuminuri hos patienter med hypertoni.

Vi vill öka registreringsgraden avseende P-glukos hos patienter med hypertoni.

Vi vill öka andelen patienter med hypertoni som genomför hemmätning av blodtrycket.

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?

- a.
- Vi vill strukturera en sjuksköterskeledd hypertoni-mottagning som har det övergripande ansvaret och som särskilt tar hand om patienter med hypertoni utan samsjuklighet.
 - Vi kommer att använda "kontrollistan" från MedRave för att identifiera patienter med hypertoni som inte har varit på kontroll av sin hypertoni under de senaste 18 månader. Dessa patienter kommer att kontaktas av sjuksköterska (via telefon eller digital kontaktväg) och erbjudas uppföljning avseende sin hypertoni.
 - Vi kommer att utarbeta/uppdatera en rutin för uppföljning av hypertoni-patienter. Vid önskemål om receptförnyelse ska denna rutin följas (för att motverka att patienters recept endast förnyas utan kontroll).
 - Vi kommer att arbeta med att sätta upp individuella mål för blodtryck för samtliga patienter med hypertoni och upprätta individuella uppföljningsplaner. Detta kommer att dokumenteras i journalen under aktuellt sökord. Detta arbete kommer att följas upp i samband med våra QPI-ronder som utförs minst två gånger per termin.
 - Vi kommer gå igenom hur man registrerar tobaksvanor, mikroalbuminuri och målblodtryck i journalen under aktuellt sökord i samband med årskontroller.
 - Vi kommer att identifiera hinder och svårigheter för att uppnå målblodtryck (Osäkerhet kring målblodtryck? Svårigheter att motivera patienter till behandling? Upplevda läkemedelsbiverkningar?). Dessa kommer att dokumenteras i journalen.
 - Vi kommer att rapportera om förbättringsarbetet minst terminsvis på möten som APT och yrkeskategorimöten. I samband med detta genomgår även rutinerna kopplade till hypertoni.
 - Vi kommer att ha månadsvisa möten i gruppen som leder förbättringsarbetet.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Slussen	
Verksamhetschef Josefin Rödström	Aktnummer (ifylles av HSF)

b.

- Vi tänker involvera våra patienter i förbättringsarbetet genom att informera noga om hypertonisjukdomen, vilka behandlingsalternativ som finns, var målbloodtrycket ligger på och vad syftet med behandlingen till målbloodtrycket är (minska risken för komplikationer, förbättra livskvalitet och livslängd).
- Vår hypertonisjuksköterska (med MI-utbildning) kommer under sina besök med motiverande samtal kring livsstilsförändringar ta upp målbloodtryck.
- Vi tänker engagera våra patienter i egen mätning av blodtryck i hemmet. Patienterna uppmanas rapportera sina blodtrycksvärden (till exempel vid bokad kontroll eller vid annan uppföljning) för att dessa ska registreras i journal.

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 processmåten, 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. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1 A + B	A) Andel (i %) av patienter yngre än 70 år med hypertoni diagnos som når målbloodtryck B) Andel (i %) av patienter 70 år eller äldre med hypertoni diagnos som når målbloodtryck	38%	2022-02-22	55%	MedR ave	Dec 2022
Indikator 2	Andel (i %) av dessa patienter där tobaksvanor efterfrågats	81%	2022-02-22	90%	MedR ave	Dec 2022
Indikator 3	Andel (i %) där mikroalbuminuri dokumenterats	75%	2022-02-22	90%	MedR ave	Dec 2022
Indikator 4	Andel (i %) där P-glukos dokumenterats	71%	2022-04-06	90%	MedR ave	Dec 2022
Indikator 5	Andel (i %) där hemmätning av blodtrycket registrerats	43%	22-04-06	55%	MedR ave	Dec 2022

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Slussen	
Verksamhetschef Josefin Rödström	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 under året arbetat med hypertoni på flera sätt, som involverat information, nya rutiner och berört flera yrkeskategorier.

Två sjuksköterskor (respektive på deltid) har haft huvudansvar att hantera en begynnande hypertoniomtagning.

En viktig uppgift har varit att komma ifrån väntelistan i Take Care. Flera patienter har satts upp på väntelistan för uppföljning, men av olika skäl har listan inte aktivt bevakats. Vi har inte ansett det vara ett patientsäkert förfaringsätt. Därför har väntelistan granskats manuellt och patienterna har antingen kallats för uppföljning eller avförts (om de inte längre går på mottagningen, eller följts upp på annat vis). Vi har istället gått över till kontrollistan i MedRave, som ska vara det sätt vi följer våra patienter på framöver. Med hjälp av kontrollistan har patienter fångats upp och erbjudits kontroll.

Ett verktyg för hypertonisjuksköterskorna har varit digitala utskick (så kallade VIK= vårdinitierad kontakt), som använts i många fall. För andra patienter har brev varit kontaktvägen.

En rutin för att använda kontrollistan och regelbundet kalla patienter har tagits fram och börjat att användas. I och med rutinen kan hypertonisjuksköterskorna handlägga fler ärenden självständigt, och det blir tydligare när läkare behöver konsulteras för rond eller ett läkarbesök ska bokas. Rutinen kom på plats efter sommaren, och behöver användas mer för att utvärderas.

I arbetet med kontrollistan har vi identifierat att vissa patienter felaktigt finns med (till exempel patienter där diagnosen inte längre stämmer, eller patienter som sköts via andra enheter och där vi inte påverkar behandling eller uppföljning).

Arbetet med hypertoni har berörts vid flera tillfällen under året, både på yrkeskategorimöten och vid större personalsamlingar. Utöver att specifikt prata om ämnet har vi även betonat att ställa upp målvärden för blodtrycksbehandlingen och att dokumentera korrekt (rätt diagnos, rätt sökord, för att

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Slussen	
Verksamhetschef Josefin Rödström	Aktnummer (ifylles av HSF)

bra information in ger möjlighet till att på ett bra sätt hämta ut information ur systemen). Vi har tänkt att det leder till en ökad medvetenhet om ämnet, om det återkommande diskuteras.

De som främst arbetat med förbättringsarbetet har haft några tillfällen avsatta för möten, men det har inte varit möjligt att planera regelbundna avstämningar. Det beror både på verksamhetens övriga behov, men också på att det varit mycket svårt att hitta tider då tillräckligt många i gruppen varit tillgängliga samtidigt.

Mer tid avsatt för arbetet hade kunnat leda till en tätare uppföljning, med mer detaljerad information. Sådan information hade kunnat återkopplas till övriga vårdcentralen.

I den kliniska vardagen är det många olika frågor som måste hanteras och det går inte att hela tiden hålla ett ämne som viktigare än andra. Under året har också en lång rad förändringar syftande till förbättringar påbörjats eller genomförts på vårdcentralen. Dessa har samtliga varit nödvändiga, men de har inneburit att förbättringsarbetet bara varit ett av många områden som krävt uppmärksamhet. Förbättringsarbetet har därför inte fullt ut kunnat genomgå genomlysningen.

Förbättringsarbetet har skett på en relativt omfattande nivå. Flera åtgärder har påbörjats men inte helt genomförts. Uppföljningstiden är främst under hösten, då mycket inte påbörjades förrän då. Åtgärderna kommer kanske inte att få genomslag förrän i kommande års genomgångar och avstämningar av kontrollistan. Således skulle en längre uppföljningstid krävas för att verkligen se effekterna av arbetet.

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 A + B	A) Andel (i %) av patienter yngre än 70 år med hypertoniagnos som når målblodtryck B) Andel (i %) av patienter 70 år eller äldre med hypertoniagnos som når målblodtryck	38%	2022-02-22	55%	45%	MedR ave	221231
Indikator 2	Andel (i %) av dessa patienter	81%	2022-02-22	90%	82%	MedR ave	221231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Slussen	
Verksamhetschef Josefin Rödström	Aktnummer (ifylles av HSF)

	där tobaksvanor efterfrågats						
Indikator 3	Andel (i %) där mikroalbuminuri dokumenterats	75%	2022-02-22	90%	74%	MedR ave	221231
Indikator 4	Andel (i %) där P-glukos dokumenterats	71%	2022-04-06	90%	76%	MedR ave	221231
Indikator 5	Andel (i %) där hemmätning av blodtrycket registrerats	43%	2022-04-06	55%	38%	MedR ave	221231

Övriga kommentarer:

Vi konstaterar att något fler når uppsatt blodtrycksmål. Få patienter (8 % bland patienter yngre än 70 år, 29 % bland de äldre patienterna) uppnår de hårda mål som omtalats tidigare i arbetet (Indikator 1 A respektive B). Samtidigt ser vi att betydligt fler (24 % respektive 41 %) uppnår individuella blodtrycksmål, vilket får anses mer relevant. I sammanhanget noteras att endast 23 % av patienterna har ett angivet individuellt blodtrycksmål, utrymme för ytterligare förbättring föreligger fortsatt.

För övriga mätvärden ser vi ingen väsentlig skillnad. Möjligen har arbetet med hypertoniomottagningen varit igång för kort tid för att göra skillnad.

Att andelen med mätta hembloodtryck inte ökat kan bero på det mer intensiva arbetet med blodtryckspatienterna. Även om fler uppmanats att följa blodtrycket med egen mätare har också många kontrollerats på mottagningen eller genom dygnsmätning. Andelen hembloodtryck behöver då inte stiga.

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.

Vi har lärt oss att förbättring tar tid, och att man gärna vill ta stora grepp men att det krävs små, enkla och tydliga mätbara mål för att kunna följa utvecklingen. Det krävs också mycket tid för att arbeta med förbättringsarbeten. Tid som kanske inte finns tillgänglig när mycket annat pågår, det sker personalomsättning och mycket annat i den dagliga verksamheten.

2.

Via hypertoniomottagningen har patienternas delaktighet ökat. De har fått en direktare kontakt till exempel gällande samtal om levnadsvanor. Vi har också försökt att få fler att mäta blodtryck med egen mätare, vilket ger ökad medvetenhet och deltagande. Genom att mer aktivt prata om blodtrycket och tydliggöra mål har fler patienter förstått varför de har sin behandling.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Slussen	
Verksamhetschef Josefin Rödström	Aktnummer (ifylles av HSF)

3.

Den sköterskeledda hypertoniomottagningen ska fortsätta. Vi ska även fortsätta att använda kontrollistan i MedRave och inte väntelistor i Take Care. Vi kommer att fortsätta att använda den rutin vi tagit fram, men ska även arbeta med andra hypertoni rutiner (till exempel vid plötsligt upptäckta höga värden på mottagningen). Genom att bättre dokumentera målvärden för blodtryck är förhoppningen att fler blodtrycksbehandlingar blir effektivare.

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 forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se