

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024 Arenastadens Vc Del: 1&2 *Hypertoni*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Arenastadens Vårdcentral	
Verksamhetschef Shokoufeh Nazari	Verksamhetschef@arenavardcentral.se
Instruktioner till mottagningen	
<p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:	
Namn: Namn: shokoufeh Nazari Profession: Distriktsköterska /Diabetes Ssk/ Astma och KOL Ssk E-post: shokoufeh.nazari@arenavardcentral.se	
Att involvera flera	
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none"> • Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. • Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart. • Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras). 	
A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner	
Zaho Bian Tayeb Hossieni Aurora Nassser Maja Lundqvist Shokoufeh Nazari Hadith Kamangar Nicole Pirani Hori Alla/Mina Forsell Nicklas Lakso Selena Oerding	Allmänmedicin läkare Allmänmedicin läkar Allmänspecialist läkare Allmänspecialist läkare Diabetessköterska Sjuksköterska Undersköterska Psykolog Psykoaterap Receptionist
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.	

Förslagslåda

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>
Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

"Hypertoni ökar risken för stroke, hjärtsvikt, njursvikt, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer och andra arytmier, arteriella kärlkatastrofer och demens" (viss.se).

Syftet med hypertoni mottagningen är att sänka ett förhöjt blodtryck till en normal nivå samt att förhindra stroke, hjärtsvikt och andra komplikationer som framkommer vid hypertoni.

Vi har tagit fram data från Medrave och det visar att, från år 2020 till slutet av år 2023 har vi 384 patienter med hypertoni. Många av dessa patienter saknar vi data på. Vi vill samla in data på BMI, LDL, eGFR samt blodtryck från Medrave.

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Vi har valt temat hypertoni för vårt förbättringsarbete. Vi ska fokusera på högt blodtryck, BMI, eGFR och LDL värde.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill identifiera riskpatienter med hypertoni och därmed sätta in dem på behandling. Målet är att patienterna når ett blodtryck under 140/90, LDL under 3, BMI under 30 och GFR över 60.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

Vi saknades vårdplan tidigare

Lösningen är planera och erbjuda mer tid för varje besök med patienter. På så sätt har vi också möjlighet att exempelvis bjuda in närstående till dom utländska patienterna samt att förbättra arbetsprocessen kring följsamhet av läkemedel.

Vi har inget bra medel för att få feedback från patienterna. Lösningen är att införa en förslagslåda till patienterna och att sedan följa upp förslagslådan varje månad för att se hur kan vi förbättra oss i vårt arbete.

Lösningen är att införa en förslagslåda till patienterna och att sedan följa upp förslagslådan varje månad för att se hur kan vi förbättra oss i vårt arbete.

Patienterna är inte så delaktiga i sin vård.

En lösning vi har är att be patienterna att fylla i en blodtrycks kurva, på så sätt blir patienten mer delaktig.

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (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 patienter med diabetes. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett ”balanserande mått” om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	Indikator	Nuläge = Startläge	Datum/period för start-läge	Mål	Källa	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	Blodtrycket <140/90	58,6%	Från 2020.01.01 - 2024.01.01	Att öka till 80 %	MedRave	2024.12.31
Indikator 2	Andel patienter som inte har blodtrycket registrerad	6%	Från 2020.01.01 - 2024.01.01	Att minska till 2 %	MedRave	2024.12.31
Indikator 3	Andel patienter som inte har LDL kontrollerat	34 %	Från 2020.01.01 - 2024.01.01	Att minska till 10 %	MedRave	2024.12.31
Indikator 4	Andel patienter som inte har BMI registrerad	34%	Från 2020.01.01 - 2024.01.01	Att minska till 20 %	MedRave	2024.12.31
Indikator 5	Andel patienter som inte har eGFR registrerad	45%	Från 2020.01.01 - 2024.01.01	Att minska till 20%	MedRave	2024.12.31

Kommentar (valfritt):

Vi har sedan start periods start 2020 varit begränsad, i syftet att fånga upp patienter som har inte varit på besök hos oss på 3 år.

Vi har redan planerat och satt igång arbetet. Vi kalla nu först dom 6% av patienterna som vi inte har något registrerat blodtrycket sedan 3 år tillbaka.

Alla dessa patienter kommer att bli kallade fram till sista april. Vi kommer att mäta blodtrycket, BMI, midjemått och ta blodprover (kolesterol, ldl, kreatinin, glukos (i syfte att även hitta nya prediabetes), triglycerider, kalium).

Därefter sätter vi upp mål och behandling till riskgrupperna utifrån deras referensvärden. Det kan vara mellan 1-4 besök fram till december 2024.

Denna plan gäller även för indikator 3-5 men många av dessa patienter kommer vi att fånga upp vid blodtrycksmottagningen.

Vi har planerat att ta ut data varannan månad från Medrave, och sedan sätta upp nya mål utifrån det.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet blev som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Vi kommer att arbeta utifrån PGSA.

- Att planera och kartlägga de berörda hypertonipatienterna.

- Att ta fram data från Medrave, på de valda indikatorerna och identifiera de patienter som behöver behandling/uppföljning.

Vem som gör vad:

- Receptionen kommer att informera patienterna om förslagslådan och syftet med det. Kommer även att hjälpa till med att kalla de valda patienterna.
- Undersköterskan kommer att kalla de valda pariteterna.
- Vi kommer att dela upp arbetet i teamet mellan läkare, sjuksköterskor, undersköterska och psykolog:

-Vi kommer att diskutera lämpliga behandlingsstrategier hos de valda patienter utifrån deras värde på prover/ blodtryck/ BMI.

- Vi kommer att kartlägga på nytt och sätta upp nya mål, göra tätare uppföljningar, och diskutera resultaten med patienterna.

-Vi vill arbeta med att förbättra levnadsvanorna hos våra hypertonipatienter, vid behov skicka remiss till dietist och FaR .

-Vi kommer att ha MI-Samtal med hypertonipatienter gällande levnadsvanor.

- Vi kommer att göra läkemedelsgenomgång och extra återbesök till läkare/SSK utifrån enskilda pat.

-Vi har gjort en blodtrycks kurva som vi kan ge till de patienter som har en blodtrycksmätare hemma. Då kan de själva ta sitt tryck, fylla i kurvan och ta med sig vid nästa besök. Samt vi skrivs målvärdet för vilket blodtryckt pat ska ha på blanketten.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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 infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har gått över till kontrollistan i MedRave, som ska vara det sätt vi följer våra patienter i framöver. Med hjälp av kontrollistan har patienterna fångats upp och erbjudits blodtryckskontroll, enligt planen som förklaras i del 1. Patienterna blir kallad via brev, i brevet för blodtryckskontroll står det varför dem blir kallad och att dom ska lämna det ordinerade blodproverna tre dagar innan mottagningsbesöket

Alla medarbetare har blivit informerade på vårt första APT om målblodtryck. Målet har varit att patienterna ska nå sitt målblodtryck inom två månader. Resultatet följs upp och vi har tagit upp det på APT varannan månad.

Ett stort problem som finns är att vi hade ganska många uteblevna patienter. Sjuksköterskan ringde upp de uteblivna patienterna och förklarade riskerna med hög blodtrycker. Patienterna fick mer information om hur ett obehandlad högt blodtrycket kan vara farligt.

Första besöket med patienten är 60 min och vi går igenom riskerna med högt blodtrycket, medicin listan justering av dosering, blodsprovsvaren (som patienterna fick lämna tre dagar innan besöket) har samtal om livsförändring (kost, aktivitet, sömn, stress, rökning, alkohol). Utifrån patientens behov skickades remiss till dietist och psykolog samt många fick remiss på Far.

Vissa utländska patienter som vi kände till, kallades in till besök med en anhöriga för att förbättra arbetsprocessen kring följsamhet av läkemedel och livsförändring

Med hypertoni mottagning upptäckte vi många nya diabetes, prediabetes och hyperlipemi patienter.

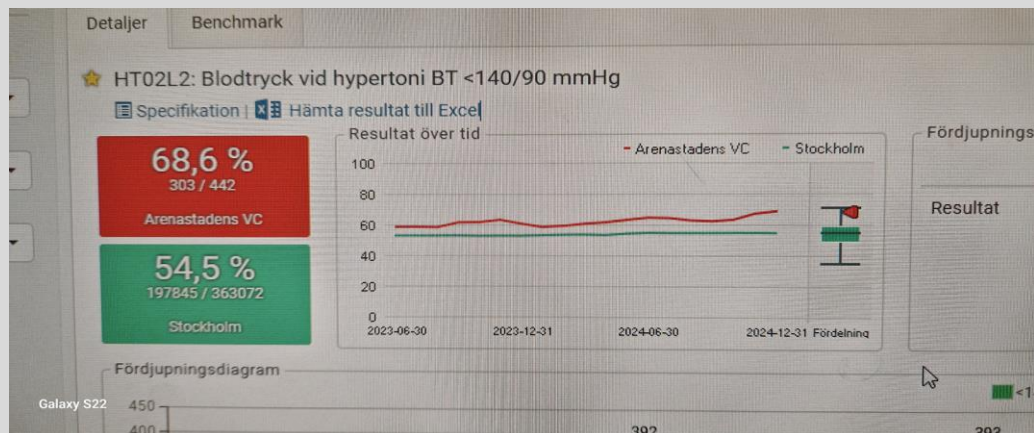
Patienterna med höga LDL-nivåer planerades in för att lämna nya prover 3 månader efter insatt eller dosförändrad statinbehandling.

Patienter med högt blodtryck bokades in hos sjuksköterska för kontroll 2 veckor efter insatt eller dosförändring av blodtrycksmätning.

Patienterna med diabetes eller prediabetes meddelades till diabetessjuksköterskan så hon kan ta över denna patientsgrupp.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn	Startläge	Datum/period för startläge	Mål	Resultat	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Blodtrycket <140/90	58,6%	20024.01.01	80%	79%	Medrave	20024.12.30
Indikator 2	Andel patienter som inte har blodtrycket registrerad	6%	20024.01.01	2%	2%	Medrave	20024.12.30
Indikator 3	Andel patienter som inte har LDL kontrollerat	34%	20024.01.01	10%	24%	Medrave	20024.12.30
Indikator 4	Andel patienter som inte har BMI registrerad	34%	20024.01.01	20%	19%	Medrave	20024.12.30
Indikator 5	Andel patienter som inte har eGFR registrerad	45%	20024.01.01	20%	14%	Medrave	20024.12.30

Övriga kommentarer:

Vi begränsade och tog patineter från år 2020 .01.01 vid start period i syftet att fånga upp patienter som inte har varit på besök hos oss på 3 år. Vi lyckades att fånga upp många patinter till ett besök .

I start läge 20240101 hade vi 384 hypertoni-patienter, men i slutet av året 2024 hade vi 442 hypertoni-patienter, så vi har fått 58 nya hypertoni patienter på ett år

Vi har också identifierat att vissa patienter där diagnosen hypertoni inte längre stämmer, eller att det var patienter som sköts via andra enheter.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det krävs mycket tid för att arbeta med förbättringsarbeten och det kräves teamarbete kring denna målgrupp .

All personal på vårdcentralen behövs för att hjälpa patienter till följsamhet och bättre hälsa.

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?

Via hypertoniomtagningen har patienternas delaktighet ökat. De har fått kunskaper om levnadsvanor och förstår hur livsstilsfaktorer kan påverka deras blodtryck. Vi har också försökt att få fler att mäta blodtryck med egen mätare, vilket ger ökad medvetenhet och deltagande. Genom att mer aktiv och prata om blodtrycket och tydliggöra mål har fler patienter förstått varför de har sin behandling.

Förslagslådan var en bra ide, för att vissa av patienterna har skrivit till oss, om att de är tacksama, att vi följer upp dem, de har hittat sina vägar och hur de kan hantera sin livssituation och fått mer kunskap om riskerna med obehanlad hypertoni.

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.

Vi tycker att vi ska fortsätta med samma tema (Hypertoni) år 2025

Vi kommer att redovisa våran förbättring arbetet på APT, och hur långt vi har kommit .

Vi ska ha två nya indikatorer, första är en albuminuri som vi saknade data på patienter och andra indiaktoren är data på patienter som får statinbehandling

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.