

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2: Hypertoni och levnadsvanor

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Barkarby vårdcentral SLSO	
Verksamhetschef Eva Andersson	Verksamhetschefens e-post Eva.andersson@regionstockholm.se

### Instruktioner till mottagningen

#### DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Nidal Takla Profession: ST-läkare i allmänmedicin E-post: <a href="mailto:nidal.takla@regionstockholm.se">nidal.takla@regionstockholm.se</a>
<b>Att involvera flera</b> Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none"><li>Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>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.</li><li>Fundera över hur ni rent praktiskt involvera era patienter för att influera själva förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p>
A: <b>Mei Yu</b> (Specialist i allmänmedicin, Handledare). <b>Jin Wang</b> (Specialist i allmänmedicin, medicinsansvarig för hypertoni). <b>Soheyla Golchin</b> (hypertonimottagning sjuksköterska). <b>Ewa Moridi</b> (mottagning sjuksköterska). <b>Eva Andersson</b> (Verksamhetschef).
B: Vi kommer att öka patientens delaktighet genom individuell anpassning för att förbättra behandling och beslut. Informera och skapa möjlighet till att välja sin fasta vårdkontakt. Patienterna kan alltid inkomma med synpunkter om verksamheten via 1177, eller i direkt kontakt med personalen.
<b>Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?</b> Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat. <ul style="list-style-type: none"><li>Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)</li></ul>

- 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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Vi på Barkarby Vårdcentral strävar efter att ge god och nära vård till alla våra listade patienter. Primärvårdens-uppdrag är komplicerat. Det finns många faktorer som borde förbättras för att nå, och bibehålla en god kvalitet. På samma sätt anser vi att kvalitétarbetet bör vara verklighetsbaserat och mångfacetterat. Därför är detta arbete en kombination mellan förebyggande och behandlingsarbete.

I början på 2022 var andel patienter som var listade på namngiven läkare 35%. Barkarby VC har jobbat aktivt för att öka den siffran inom ramen för arbetet med att öka kontinuitet, kvalitet och patientsäkerhet. Nu har cirka 90% av Barkarby vårdcentralers listade patienter en namngiven läkare. Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt kommer vi under 2024 att koncentrera oss på att bibehålla och förhoppningsvis öka den siffran, genom att fortsätta boka patienter till sin fast läkarkontakt/team. I enligt med patient lagen 2014:821 6 kap om rätten till fast vårdkontakt och individuell planering. Därmed binder vi samman Patientlagen och vårt kvalitétarbete.

Högt blodtryck är en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar samt njursjukdom. Det är även en av riskfaktorerna för stroke vilket orsakar ett stort lidande för drabbade patienter och närstående. Det är därför av stor vikt med god blodtryckskontroll. Merparten av patienter med

hypertoni behandlas inom primärvården och är vanligtvis en stor grupp som står för många besök på vårdcentralen. Enligt medrave 24/01/31 har 18,2% av de som är listade på Barkarby vårdcentral diagnosen hypertoni. Barkarby vårdcentral har en fullt fungerande sköterskeledd diabetes och astma/KOL mottagning. Hypertonimottagningen har dock inte kunnat utvecklas trots tidigare försök. Enligt data från medrave 24/01/31 är andelen listade patienter med Hypertoni diagnos som har ett blodtryck ( $\leq 140/90$ ) 66,1%. Denna siffra anser vi är låg med tanken på riktlinjerna gällande olika grupper av patienter med hypertonidiagnos. Under 2023 har man påbörjat hypertonimottagning här på Barkarby vårdcentral och lyckats förbättraandelen av våra listade patienter med hypertonidiagnos som har ett blodtryck ( $\leq 140/90$ ) från 61,3% till 66,1%. Målet under 2024 att förbättra siffran för att den närmar sig till vårt mål på 80%.

#### **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.

#### **Välkontrollerad Hypertoni för mindre risk av kärlsjukdom**

##### **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:**

- **Bibehålla och eventuellt öka nuvarande andel av patienter med namngiven läkare/team och eftersträva att boka till hen;** Vi på Barkarby vårdcentral strävar efter att leverera en god och kvalitét försäkrad vård för alla våra patienter genom att bibehålla och ev. öka andelen patienter som är listade på namngiven läkare. Vi kommer även göra satsningar för att fortsätta främja kontinuitet i detta arbete.
- **Öka antalet patienter med hypertonidiagnos som har ett blodtryck som är  $\leq 140/90$ ;** Under 2024 kommer Barkarby vc att optimera arbetet på hypertoni sköterskemottagning. Arbetet med hypertonimottagningen ska sträva efter att öka antalet patienter med hypertonidiagnos som har målblodtryck:  
 $<70$  år: 120–129/70–79 mmHg.  $>70$  år: 130–139/70–79 mmHg.

##### **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/>

<b>1: Tidsbrist, Patienterna bokas till olika läkare i telefoni</b>	<p>1.1 Dela läkargruppen i olika team, Varje team består av en specialist + ST/AT läkare.</p> <p>1.2 Sträva efter att boka patienten till sin namngiven läkare eller ST/AT läkaren i samma team. (ansvar: Mottagning sjuksköterskor)</p> <p>1.3 Noga information till samtliga personalkategorier om den bakomliggande principen.</p>
<b>2: Ej optimalt arbetssätt på hypertoni mottagning</b>	<p>2.1 Kartlägga och skapa en väntelista för hypertoni patienter.</p> <p>2.2 Skapa ett flödesschema för hypertoni patienter.</p> <p>2.3 kompetensökning av SSK som är ansvarig för mott.</p>
<b>3: Patienter utan namngiven läkare</b>	<p>4.1 Att hämta information om antalet patienter som är listade på mottagningen och ej har en namngiven läkare.</p> <p>4.2: Arbeta aktivt för att lista alla på en den namngiven läkare som de önskar.</p>
<p><b>Mått och mätetal (indikatorer)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?</li> <li>• Hur kan det mätas?</li> <li>• Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?</li> </ul> <p><b>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.</b></p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:  <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p> <p>Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck &lt;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.)</p>	

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 ”balanserat 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.**

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter som har namngiven husläkare	80%	23/01/31	95%	ListOn	24/12/31
<b>Indikator 2</b>	HT02L1: Andel patienter som har Blodtryck vid hypertoni <=140/90 mmHg	61,9%	23/01/31	80%	Medrave M4	24/12/31

#### Kommentar (valfritt):

**Förbättringsarbetet kommer att pågå under 2 årsperiod. Då en kollega DR. Magdalena Petterson har redan haft samma förbättringsarbete under 2023 med hypertoni.**

#### Steg 9 Action

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 som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Vi kommer att optimera arbetet på **sjuksköterska mottagningar** för hypertoni och uppföljning samt väntelista för patienter med hypertoni för årliga kontroller.

#### Hypertoni mottagning etableringsplan 2024:

**Resurser:** SSK som är ansvarig för mottagningen. Avsatt tid och lokal för mottagningen.

**Fas1 planering: feb. 2023 – jan. 2024** kompetensökning och utbildning av mottagningen sjuksköterska inom hypertoni behandling. Kartläggning av hypertoni patienter som inte har

diabetesdiagnos och inte är hemsjukvård patienter. Skapandet av väntelista för hypertoni patienter. Skapa och optimera ett flödesschema för hypertoni patienter. Samt börja implementering med ett begränsat antal patienter.

**Fas2 implementering feb. 2024 - dec. 2024:** Patienten kommer att börja kallas för hypertonimottagningen via väntelistan. Arbetet med hypertonimottagningen ska sträva efter att öka antalet patienter med hypertonidiagnos som har målblodtryck:

<70 år: 120–129/70–79 mmHg. >70 år: 130–139/70–79 mmHg. **Uppföljning sker kvartalsvis och presenteras på APT.**

**Fas3 utvärdering dec. 2024:** Insamling av data och analys för utvärdering av modellen.

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

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2023 del 1 och skicka in senast 28 februari 2023 till:  
forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

### **A. 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**

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Om ni använt mallar för PGSA så kan ni skicka in dom som bilaga.

#### **Hypertoni mottagning:**

- Vi har jobbat under 2024 med flödesschema som redan skapats under 2023 för hypertoni patienter se **bilaga 1**.
- Vi har jobbat med kompetensökning och utbildning av mottagningen sjuksköterska inom hypertoni behandling och uppföljning.
- Vi har en ansvarig SSK, lokal och avsatt tid för hypertoni patienter.
- Vi har kartlagt alla hypertoni patienter på Barkarby vårdcentral och nu de är upplagda på en väntelista för att kallas årligen till hypertonimottagningen.

**Listning hos namngiven läkare:**

- Vi har fortsatt jobbat aktivt med att lista patienter hos namngiven läkare, för att garantera kontinuitet, och att patienter följas upp via samma behandlade läkare alternativt samma behandlade team.

### 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 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:**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b>	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter som har namngiven husläkare	80%	23/01/31	85%	<b>90%</b>	ListOn	23/12/31 och 24/12/31
<b>Indikator 2</b>	HT02L1: Andel patienter som har Blodtryck vid hypertoni <=140/90 mmHg	61,9%	23/01/31	80%	<b>68,4%</b>	Medrave M4	24/12/31

### Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att hypertoni är en komplex sjukdom som kräver en holistisk och långsiktig vårdstrategi. Det har blivit tydligt att behandlingen inte kan vara enbart läkemedelsberoende; livsstilsförändringar såsom sluta rökning, kost, motion och stresshantering spelar en avgörande roll för att kontrollera blodtrycket och förhindra komplikationer. Vi har också insett hur viktigt det är att kontinuerligt följa upp och utvärdera behandlingsplanerna tillsammans med patienterna, så att vi kan göra justeringar baserat på deras egna erfarenheter och resultat.

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?

Vi har använt våra patienters input för att förbättra kommunikationen kring medicineringen, exempelvis genom att ge tydligare instruktioner och bättre uppföljning av biverkningar. Vårt arbete har strävat efter att öka patienters delaktighet genom att skapa en mer personcentrerad vård. Vi har aktivt involverat patienterna i beslut kring deras behandlingsplaner och säkerställt att de har en tydlig förståelse för sin egen hälsa och de mål som sätts.

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.

Vår plan framåt är att vidmakthålla och vidareutveckla de positiva förändringarna som gjorts. Vi vill fortsätta att förstärka patienternas engagemang i behandlingen genom regelbundna uppföljningar och individuell rådgivning. Ett viktigt nästa steg är att

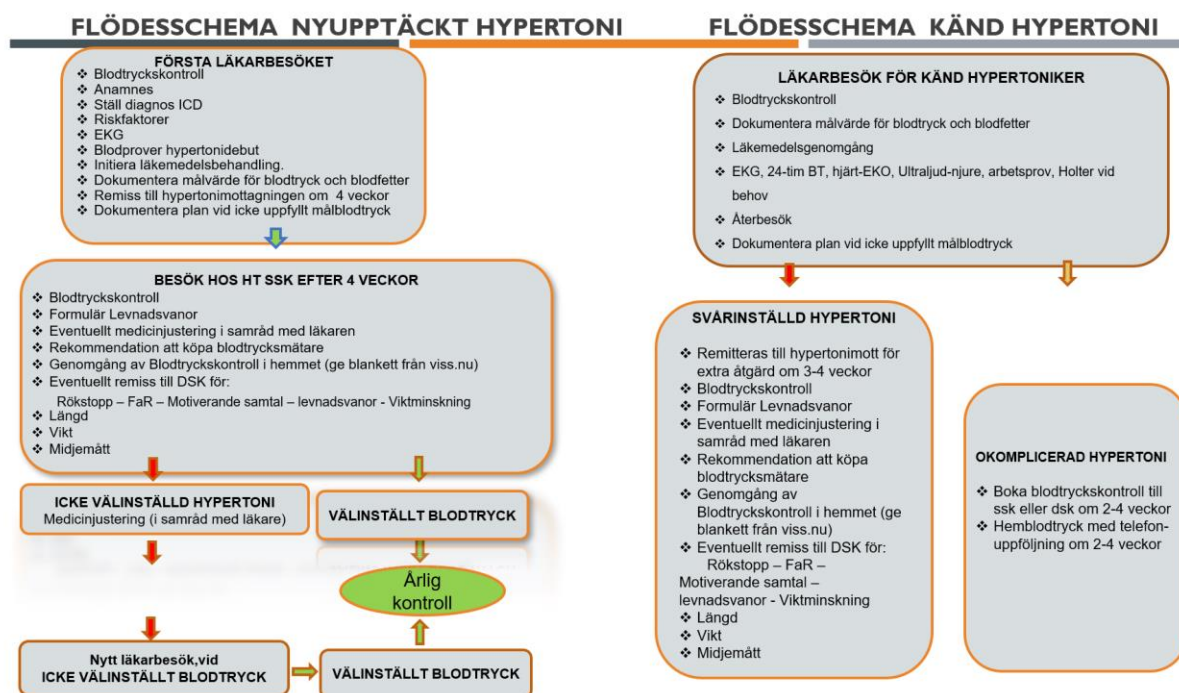


implementera ett mer strukturerat program för livsstilsförändringar, där vi samarbetar med dietister och fysioterapeuter för att ge patienterna ytterligare stöd i dessa områden. Sammanfattningsvis ser vi på vårt förbättringsarbete som en kontinuerlig process där vi lär oss av våra patienter, anpassar vår vård och strävar efter att skapa långsiktiga, hållbara förändringar i deras hälsa.

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

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

### bilaga 1: Flödesschema nyupptäckt hypertoni Barkarby vårdcentral





**DEFINITION AV HYPERTONI**

FLÖDSSHEMA FÖR HYPERTONIMOTTAGNING  
 BARKARBY VÅRD CENTRAL (2025-01)

**Mottagningsblodtryck**

- ≥ 140/90 mmHg. Kontrollera vid tre tillfällen och med 1-3 veckors mellanrum
  - ≥ 180/110 mmHg. Kontrollera vid endast ett tillfälle
  - ≥ 140/90 mmHg. Kontrollera vid ett tillfälle och tecken på hypertoniorsakad organskada t ex vänsterkammahypertrofi vid EKG eller Hjärt-EKO
- Vid ett av ovanstående

**Hemblodtryck**

≥ 135/85 mmHg. Kontrolleras vid **minst tre tillfällen och med 1-3 veckors mellanrum**

**24-timmars blodtrycksmätning**

- Dygn: ≥ 130/80 mmHg
  - Dag: ≥ 135/85 mmHg
  - Natt: ≥ 120/70 mmHg
- Vid ett av ovanstående

**MÅL med sjuksköterskeledd hypertoniomtagning:**

Ta vara på sjuksköterskans kompetens och förbättra omhändertagandet av patienter med hypertoni på vårdcentralen

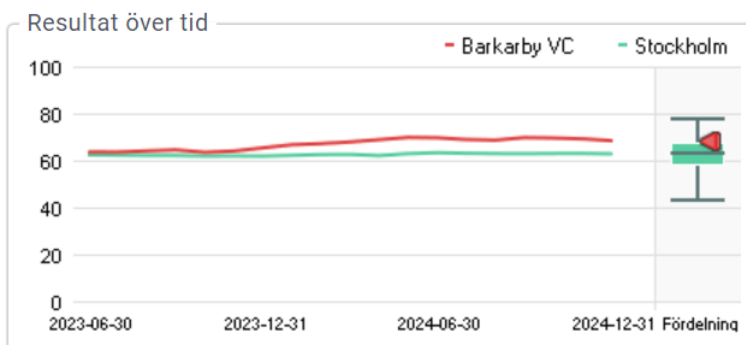
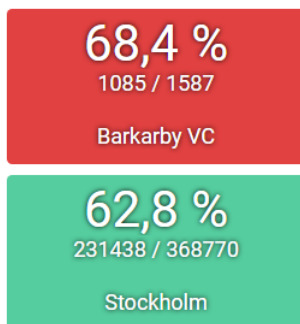
Uppnä målblodtryck inom 3 månader vid nyupptäckt hypertoni

Snabbt och strukturerat omhändertagande av patienter med svårinställd hypertoni

**Bilaga 2:**

☆ HT02L1: Blodtryck vid hypertoni ≤ 140/90 mmHg

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)


**Bilaga 3:**

☆ Le03Alla: Andel dagligrökare med kronisk sjukdom Summa som fått rådgivning

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)

