

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Hypertoni*

| Information om husläkarmottagningen | |
|--|---|
| Mottagningens namn Capio VC Nockebyhöjden | |
| Verksamhetschef Kaveh Chamsai | Verksamhetschefens e-post Kaveh.chamsai@capio.se |
| <h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <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: Kaveh Chamsai |
| Profession: Specialistläkare, Verksamhetschef |
| E-post: kaveh.chamsai@capio.se |
| <h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <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 sidosjukvård, 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p> |
| A: Weldegabier Yosief – specialistläkare Ingela Rundgren - distriktssköterska |

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B:

Förslagsvis kan man efter utformning av arbetssätt inhämta feedback via patientintervjuer. Det finns sedan tidigare etablerade forum för dialog mellan medarbetare och patienter. Förslagslåda finns på plats och används av patienter.

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?

Förra året valde vi tema hypertoni och det arbete som påbörjades gav goda resultat men med stor förbättringspotential och vi har således valt att fortsätta på samma spår i år.

Syftet är att ytterligare förbättra vårt arbete med våra hypertoniker genom att skapa ett mer strukturerat omhändertagande, större kännedom på både grupp- och individnivå och implementera arbetssätt för tidigare upptäckt.

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.

Hypertoni

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:

Förra året var ett av de primära målen att öka tillgängliga patientdata för att på så sätt få ökad kännedom om våra patienter på grupp- och individnivå. Även i år blir detta ett centralt mål då patientdata i sin tur möjliggör att vi kan skapa strukturer kring verktyg som MedRave och PVQ. Målet är att på ett säkert sätt kunna identifiera patienter via MedRave utifrån flertalet parametrar.

Förra årets mål:

- Identifiera patienter med tidigare diagnos hypertoni som ej fått diagnosen förnyad under ett givet intervall (kontrollista, Medrave)
- Identifiera patienter med diagnos hypertoni som ej har registrerat blodtrycksvärde i journalen under ett givet intervall (Medrave)
- Identifiera patienter där uppgifter om riskfaktorer saknas, t.ex. LDL-kolesterol, rökning etc. (Medrave)
- Identifiera patienter med behov av insatser, t.ex. avvikande blodtryck, förhöjt kolesterol etc.
- Erbjud screeningmöjligheter för att öka prevalens
- Införa rutiner för att öka detektionsgrad

Målen ovan är fortsatt aktuella men vi fokuserar i år mer på att säkerställa god tillgång patientdata. Detta bedöms avgörande för att vi sedan ska kunna gå vidare med arbetssätt som struktureras kring MedRave.

Årets mål blir således;

- Säkerställa rutin för korrekt journalföring av relevant patientdata
- Säkerställa rutin för regelbunden dataavläsning
- Identifiera patienter med tidigare diagnos hypertoni som ej fått diagnosen förnyad under ett givet intervall (kontrollista, Medrave)
- Identifiera patienter med diagnos hypertoni som ej har registrerat blodtrycksvärde i journalen under ett givet intervall (Medrave)
- Identifiera patienter där uppgifter om riskfaktorer saknas, t.ex. LDL-kolesterol, rökning etc. (Medrave)

| 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/ |
|--|---|
| 1: Patientdata saknas/journalförs på fel sätt. Detta omöjliggör säker identifiering och triagering av patienter via MedRave då vi inte kan lita på att all relevant data är tillgänglig. | 1.1: Skapa rutin för korrekt journalföring av blodtrycksmätningar, riskfaktorer etc. 1.2: Etablera regelbunden avläsning av MedRave med standardiserad informationsinhämtning då data saknas. 1.3: Standardisera informationsinhämtning från patienter via formulär/digitala formulär |
| 2: Avsaknad av rutin för uppföljning av hypertoniker. | 2.1: Rutin för årsbesök. 2.2: Rutin för kallelse via kontrollista i medrave alt. traditionell väntelista. 2.3: |

| 3: | 3.1: 3.2: 3.3: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|---|-----------------------|-------------------------------|--------------------|--|-----|--------|-----|---------|---|--------------------|--|-----|--------|-----|---------|---|--------------------|---|--|--|--|--|----------------|--------------------|--|-----|--------|-----|---------|--------|
| Mått och mätetal (indikatorer) <ul style="list-style-type: none"> 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbatteringstrappa/</p> <p>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 snabbspirometrier 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/</p> <p>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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Indikatornamn</th> <th>Nuläge = Startläge (% eller antal)</th> <th>Datum/period för startläge</th> <th>Mål (% eller antal)</th> <th>Källa (t.ex. Medrave)</th> <th>Datum för att uppnå målvärdet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indikator 1</td> <td>Andel patienter där data om rökstatus förekommer</td> <td>50%</td> <td>202402</td> <td>99%</td> <td>MedRave</td> <td>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</td> </tr> <tr> <td>Indikator 2</td> <td>Andel patienter där data om non-HDL förekommer</td> <td>74%</td> <td>202402</td> <td>99%</td> <td>MedRave</td> <td>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</td> </tr> <tr> <td>Indikator 3</td> <td>Andel hypertoniker med läkemedelsbehandling</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T.ex. dec 2024</td> </tr> <tr> <td>Indikator 4</td> <td>Andel hypertoniker med blodtryck registrerat i journalen (på korrekt sökord)</td> <td>95%</td> <td>202402</td> <td>99%</td> <td>MedRave</td> <td>202412</td> </tr> </tbody> </table> | | Indikatornamn | Nuläge = Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Källa (t.ex. Medrave) | Datum för att uppnå målvärdet | Indikator 1 | Andel patienter där data om rökstatus förekommer | 50% | 202402 | 99% | MedRave | T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året | Indikator 2 | Andel patienter där data om non-HDL förekommer | 74% | 202402 | 99% | MedRave | T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året | Indikator 3 | Andel hypertoniker med läkemedelsbehandling | | | | | T.ex. dec 2024 | Indikator 4 | Andel hypertoniker med blodtryck registrerat i journalen (på korrekt sökord) | 95% | 202402 | 99% | MedRave | 202412 |
| | Indikatornamn | Nuläge = Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Källa (t.ex. Medrave) | Datum för att uppnå målvärdet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indikator 1 | Andel patienter där data om rökstatus förekommer | 50% | 202402 | 99% | MedRave | T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indikator 2 | Andel patienter där data om non-HDL förekommer | 74% | 202402 | 99% | MedRave | T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indikator 3 | Andel hypertoniker med läkemedelsbehandling | | | | | T.ex. dec 2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indikator 4 | Andel hypertoniker med blodtryck registrerat i journalen (på korrekt sökord) | 95% | 202402 | 99% | MedRave | 202412 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kommentar (valfritt): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året) <p>Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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 sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Ansvarig specialistläkare och distriktssköterska har utbildats i avläsning av kvalitetsregister (främst MedRave).

Prioriteringsordning/algoritm utformas för avläsning av patientdata. Vilka patienter prioriteras? Vilka data anses viktigast att inhämta först?

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

Ansvarig specialistläkare och distriktssköterska har vid regelbundna ronder gått igenom den kontrollista som är kopplad till hypertoni och på så sätt identifierat patienter som inte fått hypertoni diagnos registrerad de senaste 18 månaderna. Samtidigt har man varit mer noggrann med att registrera data under rätt sökord vilket tydligt visar sig i indikator 1 (rökstatus) som ökat från 50% till 71% vid avläsning.

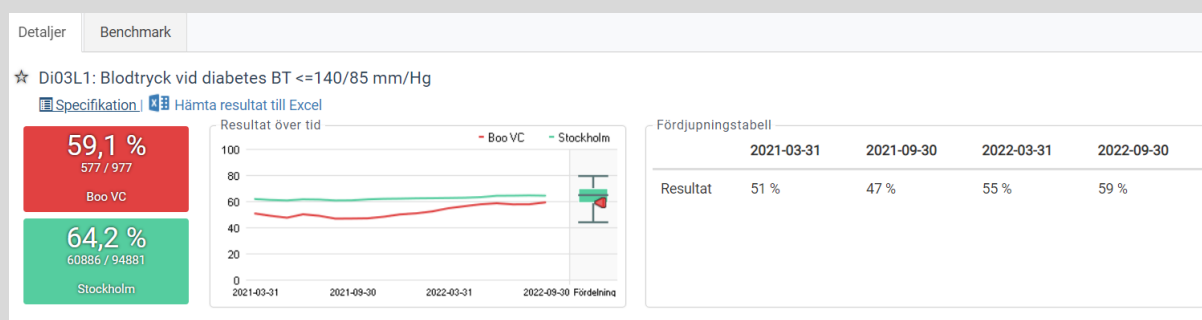
Däremot ser vi ingen egentlig förbättring av indikator 2-3 som snarare handlar om det medicinska omhändertagandet av dessa patienter. Avseende andel patienter där data om non-HDL förekommer tycks en betydande andel vara patienter där man i närtid undersökt kolesterolvärden men valt att

inte beställa nya prover vid den senaste årskontrollen. Patienterna hamnar ändå på listan då tidsspannet som undersöks är förekomst av non-hdl inom de senaste 18 månaderna. Om vi istället utökar tidsspannet till 36 månader ökar andelen från 75% till 83%, ev skulle detta tidsspänn kunna vara mer relevant som indikator.

Även indikator 4 är nästintill oförändrad men utgångsläget är i sig väldigt högt. En betydande andel av dessa 4% som inte har blodtryck registrerat i diagnosen sköts med stor sannolikhet annanstans.

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 T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol | Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Resultat (% eller antal) | Källa (t.ex. Medrave) | Datum/period för resultatvärdet |
|--------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Indikator 1 | Andel patienter där data om rökstatus förekommer | 50% | 202402 | 99% | 71% | MedRave | |
| Indikator 2 | Andel patienter där data om non-HDL förekommer | 74% | 202402 | 99% | 75% | MedRave | |
| Indikator 4 | Andel hypertoniker med blodtryck registrerat i journalen (på korrekt sökord) | 95% | 202402 | 99% | 96% | MedRave | |
| Indikator 5 | | | | | | | |

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att regelbundet arbeta med MedRave-ronder har varit väldigt givande för involverade medarbetare som i större utsträckning lärt sig systemet och arbetat upp ett intresse för att fortsatt använda MedRave som utgångspunkt för att identifiera patienter. Det har även givit upphov till en bättre följsamhet till att registrera data under rätt sökord.

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 satt upp en postbox i väntrummet för patienternas input och åsikter.

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 kommer att fortsätta arbeta med regelbundna medraveronder då detta har visat sig vara ett effektivt och uppskattat sätt att identifiera patienter. Vi kommer under 2025 arbeta vidare med att utveckla hypertoniomtagningen.

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 forbattningsarbeten.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.