

# Dalens VC

## Hypertoni 2024

### Del 1

#### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn  
Dalens Vårdcentral

Verksamhetschef  
Astrid Rakhost-Wennström

Verksamhetschefens e-post  
astrid.rakhorst-wennstrom@ptj.se

#### 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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2024**, **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

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..

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

**Radera EJ text i grå fält.**

## DEL 1 – Planen

#### Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn:  
Gun Hunnes  
Profession:  
Distriktssköterska  
E-post:  
[gun.hunnes@ptj.se](mailto:gun.hunnes@ptj.se)

#### Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- 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

A:  
Sten Kjellström : Specialist i allmänmedicin.

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

B: Vi ha en förslagslåda där patienterna får lämna synpunkter samt en mailadress som de kan maila in sina synpunkter.

### **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?**

*Vi har valt att titta på hur vi ligger till när det gäller hypertoni och ser då att vi har sämre resultat i primärvårdskvalitet när det gäller att patienterna ska ligga under 140/90 mmHg. Vi tittade även i Nationella Diabetesregistret där andelen våra patienter med diabetes och hypertoni under 140/90 mmHg är lägre än i riket. Vi har valt att inte ta med statistik från NDR då det gäller en större grupp än de som har diabetes, dock visar det på att vi behöver jobba med detta ämne. Det blev nu svart på vitt att vi ligger sämre till än andra vårdgivare och det blev en sporre för oss att förändra hur vi jobbar med hypertoni för att kunna få fler patienter med värden under 140/90mmHg.*

*Vi kommer också att titta på hur patienter upptill 75 år med hypertoni ligger till i eGFR som speglar njurarnas funktion och påverkas av patienters blodtryck. Vi kommer använda Medrave för att få fram statistik. Vi väljer att utesluta de över 75år då eGFR sjunker naturligt med åldern.*

### **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 – mer välreglerat blodtryck för att skydda njurarna.

**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:**

Förbättra vården för våra patienter med hypertoni.

Vi vill öka andelen patienter med blodtryck under 140/90 mmHg och bibehålla bra njurfunktion.

Hitta sätt som gör patienterna mer involverade i sin vård och målvärde.

Vi vill uppnå att våra patienter kommer upp i samma procentsats som i Primärvårdskvalitet.

Fler hembloodtryck.

**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: Vi har inte lyckats förmedla vikten med ett bra blodtryck och hur det påverkar njurarna.

1.1: Tydlig göra målvärden.  
1.2: Tätare kontroll vid byte av läkemedel eller att man ej uppnått målvärdet.  
1.3: Vara snabbare att byta läkemedelsregim vid biverkningar.  
1.4: Inleda behandlingen med 2 läkemedel vid nyupptäckt hypertoni

2: Öka medvetandet för våra patienter vad de själv kan påverka med levnadsvanor för att sänka blodtrycket.

2.1: Fler korta besök hos distriktssköterskan med fokus på levnadsvanor och blodtrycksmätningar om man ej mäter hemma.  
2.2: Uppföljning via chatt och fler hembloodtrycksmätningar.  
2.3: Uppmana att köpa egen blodtrycksmätare.

3: Patienter lämnar inte blodprov eller avbokat besök

3.1: Markera i kallelsen att blodprov ska tas innan besök.  
3.2: Skicka mer än en kallelse om uteblivet besök.  
3.3:

**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 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/>

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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel pat med blodtryck &lt;140/90 mmHg</i>	45%	20240124	50%	MedRave	<i>December 2024</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel pat med blodtryck &lt;140/90 mmHg</i>	48,7%	20240124	52,5	Primärvårds Kvalitet	<i>December 2024</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med hypertoni yngre än 75 år med eGFR ≥60 ml/min</i>	71%	20240101	77%	MedRave	<i>December 2024</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter med hypertoni utan aktuellt eGFR under 2023</i>	17%	20240101	14%	MedRave	<i>December 2024</i>
<b>Indikator 5</b>						<i>T.ex. dec 2024</i>

#### **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 flikrummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

#### **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?

Planera: Alla hypertoniker får en kallelse till årskontroll hos sin husläkare.

Göra: Vi kommer följa den rutin vi har utformat när det gäller målvärden för att inkludera patienten, detta gäller både läkare och sjuksköterskor.

Studera: Detta kommer följas upp kvartalsvis på läkarmöten och APT för att se att det slår väl ut, och vid behov justera planen för att uppnå målet med ett välreglerat blodtryck.

Agera: Detta kommer vi kunna svara på längre fram.

**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](mailto: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 gett patienterna en skriftlig information om målvärdet och vikten att ta sina mediciner som ordinerat. Ingen patient ska gå från läkare eller sköterska utan kunskap om vad som är målvärdet eller vad som förväntas av patienten. Återbesöken hos distriktssköterskorna för uppföljning för kontroll att patient uppfyller sin målvärden har blivit fler, om patienten inte uppnår målen bokas besök en till läkare för nytt ställningstagande av ändrad läkemedelsregim.

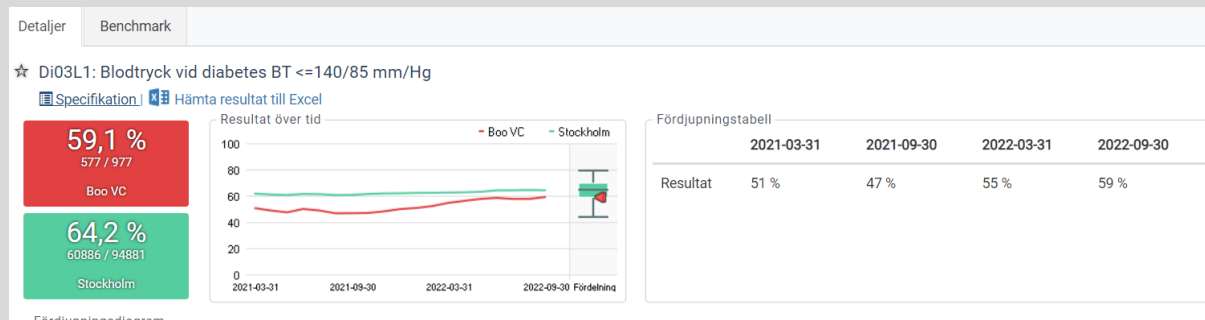
Har uppmanat patienterna att själva mäta sitt blodtryck och köpa en bra blodtrycksmätare vilket då resulterat i fler mätningar. Vi har skickat med en "lapp" med hembloodtryck att fylla och lämna i reception eller att de kan skicka in sina resultat i vår chatt.

Det har varit bra att vi på APT har pratat om vad vi vill uppnå så att all personal känner sig inkluderade i projektet.

### **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:**



	<b>Indikatorerna</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> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel pat med blodtryck <140/90 mmHg	45%	20240124	50%	46%	MedRave	20241228
<b>Indikator 2</b>	Andel pat med blodtryck <140/90 mmHg	48%	20240124	52,5%	52,2%	Primärvårds Kvalitet	20241228
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med hypertoni yngre än 75 år med eGFR ≥60 ml/min	71%	20240101	77%	74%	MedRave	20241228
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med hypertoni utan aktuellt eGFR under 2023	17%	20240101	14%	15%	MedRave	20241228
<b>Indikator 5</b>							T.ex. dec 2024

**Övriga kommentarer:**

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Viktigt att sätta rimliga mål som är uppnåbara. Hypertoni är en komplex diagnos där patienterna behöver vara med på behandlingsstrategin för att kunna uppnå målen.

Det är mycket viktigt att läkaren skriver i journalen målvärdet på rätt sökord så det blir lätt att hitta. Vi har sett att en del av våra patienter går hos andra aktörer för sitt blodtryck och då tas inte blodproverna här men diagnosen sätts i samband med andra sökorsaker som till exempel när de söker för yrsel, trötthet.

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?

Vara lyhörda för eventuella biverkningar och vara mer tillgängliga i chatt för tätare uppföljningar.

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 statistik har förbättrats och trots vi inte uppnådde våra mål, så har vi förbättrat våra resultat på alla indikatorer. Vi kommer fortsätta med regelbundna uppföljningar på läkarmöten och APT och vi kommer fortsätta vårt arbete med tydliga målvärden och tydlig information till patienterna.

**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](mailto: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.