

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: *Hypertoni*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Familjeläkarna Akalla	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Nusrat Gilani	Nusrat.gilani@famlak.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> 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 <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1–Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Felix Gonzalez
Profession: Medicinskt ledningsansvarig läkare
E-post: <a href="mailto:felix.gonzalez@famlak.se">felix.gonzalez@famlak.se</a>
<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"><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 kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Felix Gonzalez (Specialistläkare), Andriana Antoniou (Leg.Läkare), Ali Soltani (Distriktssköterska), Nusrat Gilani (Verksamhetschef)

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

B: Vid besök hos både läkare och sjuksköterskor inom hypertoniomtagning får patienterna en frågeställning gällande deras synpunkter och deras åsikter kring behandling (t.ex. via medicingenomgång)

### **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.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?**

Syfte med projektet är att screena obehandlad hypertoni patienter med riskfaktorer för att förebygga och behandla.

Vi har i området flera multisjuka patienter och vi är en ny startad vårdcentral med progressiv ökande patientlistningar där förväntningar är att vi ökar antal hypertoni diagnoser. Befolkning i området inkluderar bland annat dålig socioekonomiska patienter grupper. Det finns en stark relation mellan ohälsosam livsstil, socioekonomiska faktorer och förekomst av hypertoni. Kartläggning av kroniska sjukdomar bland annat hypertoni inom vår demografi är viktigt på grund av utsatt område och hög prevalens av högt blodtryck och associerat samsjuklighet.

Vi anser att det finns utrymme för att upptäcka hypertoniker genom implementering av en rutinerad vårdplan med årskontroller. Då kommer vi att minska komplikationer samt sjukhusvistelse. Personalen består huvudsakligen av läkare och sjuksköterskor som är kopplad till hypertoniomtagning.

Vi siktar på att upptäcka patienter med riskfaktorer genom att erbjuda standard rutinerade BT-mätningar vid sjuksköterske och läkarbesök. En annan aktivitet för detta planerar vi att vårdpersonal ska gå ut i lokal området för att informera om vår vårdcentral och samtidigt utföra blodtrycksmätningar hos befolkningen.

Teamet följer kontinuerligt upp processen genom MedRave för att uppnå projektets mål.

### **Val av temaför 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-forbattringstrappa/>

**Formulera här era mål:**

Övergripande mål som arbetet fokuserar på är att screena och fånga upp antal hypertoni patienter, ger patienterna en tidig behandling för att förebygga sjukdomens progress och reducera komplikationer.

Mål kommer att delas upp:

- Att öka antalet patienter med hypertonidiagnos
- Att öka antalet patienter med blodtryck <140/90
- Att öka antal glukosmätningar som dokumenteras i journalen hos hypertoniker
- Att öka antal GFR som dokumenteras i journalen för hypertoni patienter
- Att öka andel BMI som journalförs per patient med hypertonidiagnos

Tidsintervallen avser under perioden 2023–2024

### 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-forbattringstrappa/>

### 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: Nystartad vårdcentral med otillräckligt listningar

1:1: Via annonsering till område om ny vårdcentral  
1.2: Kartläggning inom vår demografi av hypertoni

2: Förbättringsarbete förväntas att vara på en mindre patientskala.

2.1: Att ökat patientlistning

3: En av våra större utmaningar är växlande nivå av patients utbildning och kulturella faktorer.

3.1: Utbildning av patienter gällande hypertoni sjukdom, riskfaktorer och komplikationer.

### 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-forbattringstrappa/>

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 ”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 Antaleller 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. MedR-ave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Förekomst av diagnoshypertoni	0 %	<b>2023-02-01</b>	10 %	MedR-ave	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med blodtryck <140/90	0 %	<b>2023-02-01</b>	70 %	MedR-ave	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Andel i % av dokumenterade glukosmätningar hos hypertoni patienter	0 %	<b>2023-02-01</b>	90 %	MedR-ave	2024-12-31
<b>Indikator 4</b>	Andel i % av dokumenterade GFR hos hypertoni patienter	0 %	<b>2023-02-01</b>	90 %	MedR-ave	2024-12-31
<b>Indikator 5</b>	Andel patienter som har dokumenterad vikt och längd (BMI)	0 %	<b>2023-02-01</b>	70 %	MedR-ave	2024-12-31

**Kommentar(valfritt):**

**Vår tidsperiod sträcker sig över 24 månader, från 2023 till 2024. Anledningen till att vi ligger på 0 % i startläge är att vårdcentralen öppnades den 1 februari 2023 och vi hade få antal listade patienter.**

Indikator 1 och 2 valdes eftersom de ingår i PrimärvårdsKvalitet och är mycket viktiga för att säkerställa hög vårdkvalitet. De är avgörande för att möjliggöra jämförelser med närliggande områden och ge en bättre helhetsbild av vår hypertoniomtagning och dess resultat.

*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.*

**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/verktugslada-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 tänk? 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?

Teamet består av främst läkare och hypertonisjuksköterska. Kring dessa finns de som fokuserar på livsstilsförändringar inom livsstilmottagning och erbjuder FAR intyg. Vi ser till att personal dokumenterar rätt sökord där uppgifter går att spåra i Medrave. Ett rutinbesök hos hypertonisjuksköterska där patienterna kallas en gång per år där sjuksköterskan tar alla viktiga parametrar.

Alla patienter efter årskontroll följs upp av respektive husläkare som kontrollerar att patienterna har uppdaterad och rätt behandling, bland annat att utföra läkemedelsgenomgångar. Hypertoni teamet träffas regelbundet för att kontrollera statistik, diskutera kring utvecklingen och idéer för att uppnå målet i projektet.

Hypertoni teamet har det övergripande ansvaret för uppföljning av hypertoniker speciellt att ta hand om nydebuterade patienter, tonvikt på livsstilsfaktorer och livsstilsförändringar. Ny upptäckta hypertoniker kontrolleras direkt med EKG och därefter var tredje år eller vid behov. Avsatt tid för ronder en gång i veckan för falldiskussioner och vidare handläggning. Att instruera patienter om hur man kan utföra blodtrycksmätningar hemma. Rutiner skapades för receptförnyelse där vi kräver årskontroller för att patienterna får nytt recept.

**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 arbetsätt har ni infört och standardiserat?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetsättet. **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 är en nyöppnad vårdcentral och den medicinskt ansvariga läkaren har fastställt lokala rutiner för behandlingen av hypertoni-patienter. All berörd personal har fått information om aktuella riktlinjer och de individuella blodtrycksmålen för patienterna. Enligt de nya riktlinjerna är målet för blodtryck 120–129/70–79 mmHg för patienter under 70 år, och 130–139/70–79 mmHg för patienter över 70 år. Dessa mål är grundläggande i vårt arbete på mottagningen.

För att säkerställa att vi följer rätt rutiner och kan göra en bra uppföljning, har vi lagt upp en skriftlig rutin på vårt intranät. Den beskriver hur arbetet med hypertoni-patienter ska gå till och att uppföljningen sker av både läkare och sjuksköterskor tills målen uppnås. Vi har också tagit fram en mall i vårt journalsystem, TakeCare, för att underlätta dokumentationen och följa patienterna på ett strukturerat sätt.

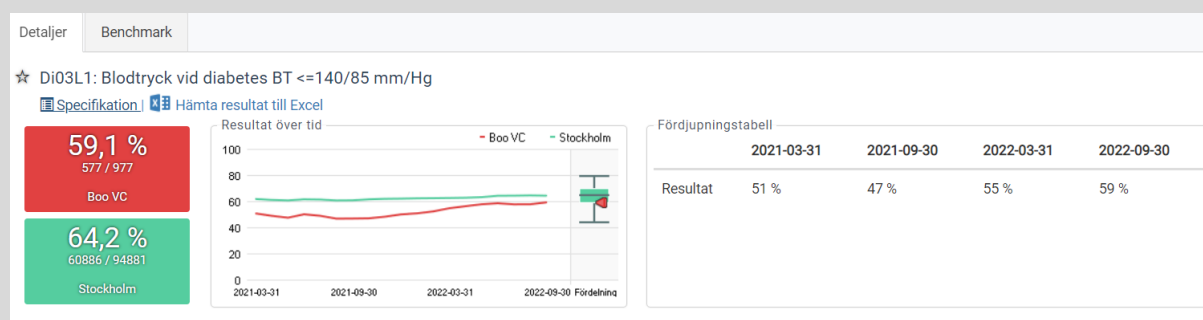
Istället för att ha en väntelista, använder vi MedRave för att hålla ordning på patienterna och säkerställa att uppföljningen sker på ett konsekvent sätt. Detta ger oss en tydlig översikt av alla patienter och deras behandling. För att underlätta provtagning har vi skapat ett provtagningspaket i TakeCare, som följer riktlinjerna från viss.nu. Detta gör det enklare för läkare och sjuksköterskor att

beställa relevanta prover både vid nnyupptäckt hypertoni och inför årliga kontroller. Vi har även erbjudit patienter att ta del av vår livsstilsmottagning, där vi genom motiverande samtal ger råd och stöd kring hälsosamma levnadsvanor. För att följa upp blodtrycket noggrant har vi utrustat mottagningen med möjlighet till 24-timmars blodtrycksmätning. Vi har också skapat en särskild kallelse för årskontroller och blodtrycksmätning för att utföra en systematisk uppföljning.

En gång i månaden avsätter vi tid för hypertoniteamet att gå igenom statistik och följa upp våra resultat. På så sätt kan vi hela tiden förbättra vårt arbete och säkerställa att vi uppfyller målen för våra patienter.

## 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>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> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Förekomst av diagnoshypertoni	0 %	<b>2023-02-01</b>	10 %	16,1 %	MedRave	<b>2024-12-31</b>
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med blodtryck <140/90	0 %	<b>2023-02-01</b>	70 %	83,2%	MedRave	<b>2024-12-31</b>
<b>Indikator 3</b>	Andel i % av dokumenterade glukosmätningar hos hypertoni patienter	0 %	<b>2023-02-01</b>	90 %	95 %	MedRave	<b>2024-12-31</b>
<b>Indikator 4</b>	Andel i % av dokumenterade GFR hos hypertoni patienter	0 %	<b>2023-02-01</b>	90 %	97 %	MedRave	<b>2024-12-31</b>
<b>Indikator 5</b>	Andel patienter som har dokumenterad vikt och längd (BMI)	0 %	<b>2023-02-01</b>	70 %	71 %	MedRave	<b>2024-12-31</b>

**Övriga kommentarer:**

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har märkt att hypertonsköterskan spelar en viktig roll för att förbättra blodtryckskontrollen hos våra patienter. En välbemannad hypertoniomtagning är avgörande för att kunna följa upp patienterna kontinuerligt och ge effektiv vård. När mottagningen är mer strukturerad leder det till bättre vård och ökad säkerhet för patienterna. Tydliga mål gör det också lättare att följa upp och utvärdera resultaten. För att hjälpa våra patienter att följa behandlingen och förbättra deras hälsa behöver hela vårdcentralens personal vara engagerad och bidra till arbetet.

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 kartlagt patientens levnadsvanor för att öka deras delaktighet i hälsosamma förändringar. Genom att samtala på ett personligt sätt om vikten av goda levnadsvanor har vi skapat en öppen dialog där patienten har känt sig delaktig i sin egen hälsoprocess. Vi har erbjudit stöd och råd för att hjälpa patienten att göra positiva livsstilsförändringar, samtidigt som vi har bekräftat de bra vanor de redan har, vilket har stärkt deras engagemang och motivation. Målet har varit att göra patienten mer medveten om sina egna vanor och ge dem verktyg för att ta kontroll över sin hälsa. För att ytterligare stödja detta har vi uppmanat patienter att använda egen blodtrycksmätare, vilket har ökat deras förståelse och engagemang. Vi har kontinuerligt diskuterat blodtrycket och förtydligat behandlingsmålen, vilket har lett till att fler patienter fått en bättre förståelse för sin behandling.

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 planerar att fortsätta med de rutiner som vi har infört på hypertoniomtagningen, eftersom dessa har visat sig ge mycket positiva resultat både för våra patienter och för vårdcentralens verksamhet som helhet. Rutinerna har inte bara förbättrat patienternas vård utan också stärkt samarbetet och kommunikationen mellan olika yrkeskategorier, vilket har skapat en mer effektiv och samordnad arbetsmiljö.

För att bygga vidare på dessa framgångar och säkerställa en fortsatt positiv utveckling, kommer vi att fokusera på att höja kunskapsnivån hos personal som ännu inte har arbetat med MedRave. Detta initiativ syftar till att förbättra uppföljningen av patienter, vilket i sin tur leder till en mer konsekvent och individanpassad vård för våra hypertoniopatienter. Genom att stärka personalens kompetens säkerställer vi att vår vårdcentral kan fortsätta leverera högkvalitativ och långsiktig vård.

**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](mailto: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.