

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Hedda & Hector

Verksamhetschef

Tony Borg

Verksamhetschefens e-post

tony.borg@heddahector.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: Tony Borg

Profession: Läkare

E-post: [tony.borg@heddahector.se](mailto:tony.borg@heddahector.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: SSK Sofia von Mecklenburg, SSK Agnes Ådén

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

B: Vi kommer kontakta patienterna, via brev, och informera om vårt förbättringsarbete samt informera att de kan återkomma till oss med förbättringsförslag.

### **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 222 st patienter med diagnosen hypertoni där endast 78 stycken (35%) är inom gränsvärden för blodtryck. Rökning och alkohol.*

*Vi önskar att fler patienter ska nå mål-BT. I MedRave går det endast att få ut statistik <140/90 men vi vill att fler patienter ska följa behandlingsmål enligt nedan:*

*≤70 år 120–129/70–79 mmHg*

*>70 år 130–139/70–79 mmHg*

*Vi vill också inventera livsstilsfaktorer i form av tobaksbruk och alkoholbruk och mer aktivt erbjuda avvänjning/minskning av dessa.*

### **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-forbattringstrappa/>

**Formulera här era mål:**

**Att 80% av våra patienter ska nå blodtrycksmål (<140/90)**

**Att inventera livsstilsfaktorer avseende tobaksbruk och alkoholbruk**

**Att erbjuda avvänjning/minskning utifrån svar av livsstilsfaktorer**

<b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b>  Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a>		<b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b>  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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</a>				
1: Nedsatt följsamhet till läkemedelsbehandling.	1.1: Uppföljning av insatt medicinsk behandling. 1.2: 1.3:					
2: Autoseponering läkemedel på grund av biverkan.	2.1: Uppföljning av biverkans profil. 2.2: 2.3:					
3: Diskrepans mellan egenmätning och mätning utförd på mottagningen.	3.1: Införa sökord "hembloodtryck" i journalmall 3.2: 3.3:					
<b>Mått och mätetal (indikatorer)</b> <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.) APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/</a></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. <b>En indikator ska börja med Antal eller Andel.</b></p>						
	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri 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 patienter med blodtryck &lt;140/90</i>	35% (78 av 222 st)	2024-02-06 MedRave	80%	MedRave	<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>

<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter som tillfrågats om tobaksbruk</i>	43% (97 st av 224 st)	2024-04-03 MedRave	80%	MedRave	<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter som tillfrågats om alkoholbruk</i>	34% (76 st av 224 st)	2024-04-03 MedRave	80%	MedRave	<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 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/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?

- *Dra ut lista av nuvarande patienter MedRave.*
- *Skicka brev med information om förbättringsarbete, vart man kan vända sig med förbättringar.*
- *Lägga till sökord i journalmall.*
- *Kalla patienter som inte uppfyller målen till blocktrycksmätning och/eller ssk/läk besök.*
- *Efter 3 månader nytt kontaktförsök till patienter som inte kommit på initial kallelse*

**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

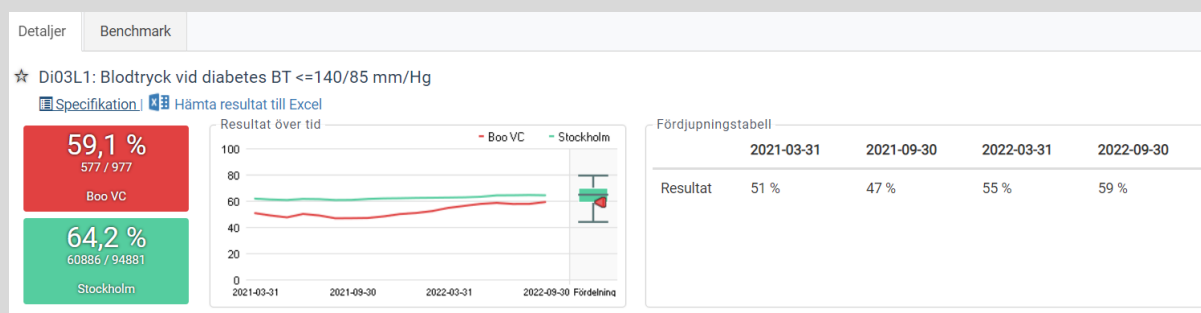
Vår sjuksköterska har först kontaktat alla våra patienter utifrån listor från Medrave för att erbjuda en blodtrycksmätning och samtidigt i samtalet frågat om levnadsvanor som tobaksbruk och alkoholvanor.

Patienter som tackat ja till ssk besök har bokats in för BT kontroll, vid avvikande värde har notering lagts till läkare för ställningstagande till ev läkemedelstitering.

Våra sjuksköterskor har nu aktivt börjat fråga våra patienter (när relevant) om levnadsvanor samt efterfrågar själva egen blodtrycksmätningar när patienten e.x. ringer in för årlig recept förnyelse av blodtrycksmedicinering.

## 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
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med blodtryck <140/90	35% (78 av 222 st)	2024-02-06 MedRave	80%	38% (115/302)	2024-12-11 MedRave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter som tillfrågats om tobaksbruk	43% (97 st av 224 st)	2024-04-03 MedRave	80%	38% (116/302)	2024-12-11 MedRave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter som tillfrågats om alkoholbruk	34% (76 st av 224 st)	2024-04-03 MedRave	80%	26% (79/302)	2024-12-11 MedRave	T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har inte nått vårt satta mål avseende andel patienter som uppfyller blodtrycksmål. Vårt antal patienter har dock stigit varför den procentuella förändringen blir lägre. Vi kan ändå se att vi har haft en förbättring i faktiska siffror avseende blodtrycksmål, frågor kring tobak och alkohol. Vår sjuksköterska har dokumenterat kring alkohol och tobak i löpande text, vilket inte har registrerats av MedRave. Tyvärr upptäcktes detta först i slutet varför andelen tillfrågade kring alkohol och tobak sannolikt är felaktigt låg.

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?

*Ökad delaktighet och förståelse hos våra sjuksköterskor för patienter med högt blodtryck och även att aktivt fråga om livsstilsfaktorer.*

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.

Att fortsätta fråga patienter som kontaktar sjuksköterska för årlig receptförnyelse om aktuellt blodtryck, diskussion kring vikt av blodtrycksmål och livsstilsfaktorer.

**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.