

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Hypertoni*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn: Huddinge vårdcentral	
Verksamhetschef: Jeanette Skantz-Holmberg	Verksamhetschefens e-post: jeanette.skantz- holmberg@regionstockholm.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 del1 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: Subhana Memon Profession: ST-läkare E-post: Subhana.memon@regionstockholm.se
Att involvera flera
<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 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. Jeanette Skantz-Holmberg, verksamhetschef B. Anders Johansson, specialist i allmänmedicin, MLA C. Anna Hansell, specialist i allmänmedicin D. Kiran Khiani, specialist i allmänmedicin E. Shahn Ghonche, distriktssköterska F. Subhana Memon, ST-läkare G. Anna Alm, Admin, sekreterare

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

Vi vill involvera patienter genom att skaffa ett informationsblad om högt blodtryck och hembloodtrycksmätning. Denna informationsblad får patient t.ex vid sin kallelse för årskontroll av hypertoni eller andra kroniska sjukdomar och även finns tillgänglig på reception/väntrummet. Genom den utökade information kan patient lättare mäta själv sitt blodtryck hemma och upptäcka om de har högt blodtryck och även kan ta med sig hembloodtrycksmätningar vid årskontroll eller övriga besök till distriktsköterska och läkare. Vi ber våra patienter att lämna deras synpunkter om informationsblad.

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 ser i medrave m4 och PrimärvårdsKvalitet (PVQ) att vi under perioden 221223–231223 har 3997 patienter med upptäckt hypertoni (prevalens 15,6% jämfört med region Stockholm 16%) men många som inte når målbloodtryck ($\leq 140/90$). Andel patienter med hypertoni som har bloodtryck $\leq 140/90$ är 50,4% på Huddinge vårdcentral jämfört med region Stockholm som ligger på 61,6%. Vi vill öka andel patienter som når sitt målbloodtryck ($\leq 140/90$) då hypertoni ökar risken för flertal sjukdomar såsom stroke, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdomar, njursvikt, förmaksflimmer och andra arytmier.

Enligt medrave m4 har vi många patienter med hypertoni och andra kroniska sjukdomar där vi har uppmärksammat om olika levnadsvanor men många har inte fått rådgivning kring otillräcklig fysisk aktivitet och ej fått t.ex Fysisk aktivitet på recept, FaR. Vi ser i medrave att vi under perioden 221223–231223 har skrivit FaR 19,2 % jämfört med region Stockholm som legat på 56,2%. Genom att öka rådgivning kring fysisk aktivitet och skriva FaR, kan vi förebygga och behandla olika kroniska sjukdomar t.ex hypertoni och komplikationer relaterad till det.

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:

Vi vill att våra patienter med hypertoni når målblodtryck (<140/90) för att öka deras livskvalitet och minska risken för andra kroniska sjukdomar och tidig död.

Livsstilsfaktorer t.ex otillräcklig fysisk aktivitet ökar risk för flertalet kroniska sjukdomar t.ex hypertoni. Vi vill förbättra avseende rådgivning kring fysisk aktivitet och skriva fysisk aktivitet på recept (FaR).

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: Oupptäckt hypertoni och ej tillräcklig behandling.

1.1: Informera patient genom att skapa ett informationsblad.
1.2: Regelbundet mätning av blodtryck vid årskontroll av andra kroniska sjukdomar och registrera under mätvärde i stället för löpande text.
1.3: Vi skriver ett lokalt vårdprogram om hypertoni och behandling. Vi vill informera vårdpersonal/läkare om detta så att man kan optimera behandling för att nå målvärdet av blodtrycket.

2: Patienter tar själv hembloodtryck som ej registreras i systemet på rätt sätt.

2.1: Registrera på rätt sätt under mätvärde/sökord, såsom Hembloodtryck i stället för löpande text.
2.2: Vi vill informera/uppmuntra vårdpersonal om detta.
2.3: Vi vill informera patienter om hur man mäter rätt sitt blodtryck hemma. Vi skapar ett informationsblad.

3: Ej dokumenteras rätt eller sätts åtgärds kod kring rådgivning om livsstilsfaktorer/FaR.

3.1: Vi informerar och tar upp det på vårt möte och påminner alla och särskild våra sekreterare att de dokumentera om detta.
3.2: Vi kommer att bjuda sjukgymnast att informera, ge information om FaR.

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/verktyslada-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 snabbspirometri 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 Antal eller Andel.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel listade patienter som har BT ≤140/90	50,4%	231223	60%	M4	241223
Indikator 2	<i>Andel listade patienter med hembloodtrycksmätning</i>	5%	231223	10%	M4	<i>241223</i>
Indikator 3	Andel listade patienter med hypertoni diagnos som fått rådgivning kring otillräcklig fysisk aktivitet/fått FaR	19,2%	231223	25%	M4	<i>241223</i>
Indikator 4						
Indikator 5						<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 fikorummets, 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 verktøget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-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 blev 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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

1. Vi börjar med informationsblad till patienter som vi skickar tillsammans med kallelse och finns också tillgänglig på reception/väntrummet.
2. Vi kommer att skriva vårdprogram och informera läkare och övriga personal på möte om ny upptäckt hypertoni och behandlingsriktlinjer och uppföljning.
3. Vi kommer att registrera hembloodtrycksmätning under rätt sökord i stället för löpande text.
4. Vi påminner vårdpersonal/sekreterare att lägga åtgärdskod för rådgivning/FaR.
5. Vi erbjuder sjukgymnast att ha föreläsning för vårdpersonal om FaR.

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

Vi har arbetat med hypertoni på olika sätt under året, 2024. Tre indikatorer tagits fram för att mäta effekterna av arbetet och följa insatserna.

Indikator 1 - I början av året, hållit undertecknad föreläsning om hypertoni för olika yrkeskategorier dvs, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på vårdcentral. Vi har även gemensamt skapat ett lokalt vårdprogram om hypertoni. På detta sätt har vi uppdaterat oss om de senaste riktlinjerna både när det gäller uppnåelse av målbloodtryck samt behandlingsrekommendationerna. Senare under året har vi haft kontinuerlig uppdatering samt gemensamt möte och diskussioner kring omhändertagande av hypertoni patienter både i läkargruppen enskilt och på gemensamt läkar- och sköterskemöte.

Vi ser i MedRave att vi har ökad prevalens med upptäckt hypertoni från 15,6% till 16,3% och andel patienter som når målbloodtryck $\leq 140/90$ har också ökat från 50,4 till 57,3% mellan 231223–241223. Men vi uppnår tyvärr ändå inte målet. Vi tycker att detta kan beror på att ofta mäter vi blodtryck på mottagning vid akuta besök, årskontroll osv, som kan då vara tillfälligt högt så kallad "vitrocks hypertoni". Men vi har då inte registrerat t.ex hembloodtryck på rätt ställe, vilket gör att resultat kan vara missvisade kring målbloodtrycket i Medrave.

Indikator 2 – Vi har skaffat ett informationsblad om hembloodtrycket (i en pappersform samt en länk) till patienter, som vi skickade tillsammans med pappers eller elektroniska kallelser och fanns även tillgänglig på reception/väntrummet. På detta sätt har vi informerat patienter om hypertoni och hur kan man mäta sitt blodtryck på rätt sätt hemma. Vi har också fått återkoppling kring denna blankett från både personalen samt patienter. En del patienter tycker att det var en enkel blankett att fylla i och följa instruktionerna medan andra hade svårt att öppna länken och skriva ut den och ta med sig till besöket och skrivit i stället på ett enkelt papper sitt blodtrycksvärde. Från personalen har vi också fått varierande input, för vissa fungerade länken och andra hade svårt att hitta länken och tog tid att kolla medelvärde. Några tycker att det var enkelt att använda webbblankett som finns i take Care för då kan man lätt se ett medelvärde och slippa räkna och det kan spara tid.

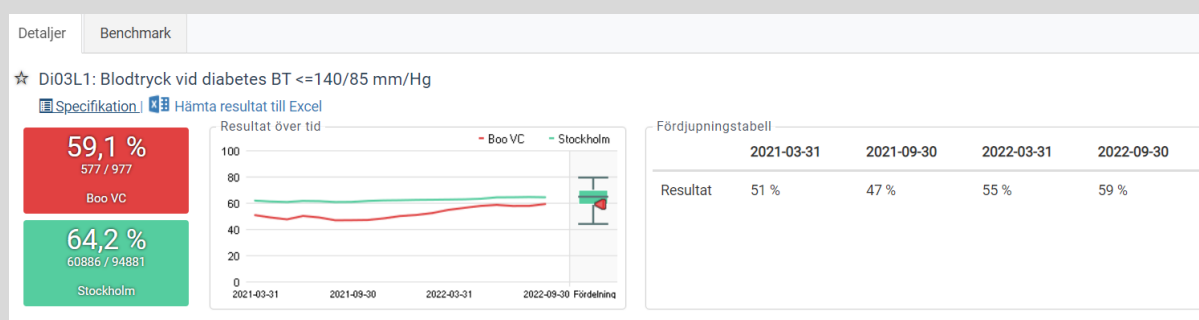
Vi har märkt att det inte dokumenteras korrekt hembloodtrycket under rätt sökord, utan skrivs oftast under fritext och vi inte använder rätt mall vid årskontroller. Undertecknad haft några möten avseende detta med läkarsekreterare och vi har informerat och uppmuntrat om detta till både läkare och sjuksköterska gruppen. Vi ser att vi har blivit mycket bättre på detta och gått upp från 5% till 18% och uppnått målet mellan 231223–241223.

Indikator 3 – För att öka kunskaper om FaR, har vi fått uppdaterad information från sjukgymnast och vi har diskuterat det på både läkar- och sjuksköterska gruppen om ämnet. Det som framkommer under diskussioner att vi är rätt så duktiga att prata om och ge råd om livsstilsfaktorer, men tyvärr så registrerar vi inte rätt åtgärds-koder i take care, vilket leder till felkällor kring statistik i MedRave. Vi har därför påmint olika vårdpersonal/sekreterare att lägga rätt åtgärds-kod för rådgivning/FaR.

Vi ser i MedRave att "Andel listade patienter med hypertoni-diagnos som fått rådgivning kring otillräcklig fysisk aktivitet/fått FaR." har ökat från 19,2% till 24,3%, dvs. nästan uppnått vårt mål (25%) mellan 231223–241223, men vi behöver vara ännu mer duktiga på det framöver.

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 listade patienter som har BT ≤140/90	50,4%	231223	60%	57,3%	M4	241223
Indikator 2	Andel listade patienter med hembloodtrycksmätning.	5%	231223	10%	18%	M4	241223
Indikator 3	Andel listade patienter med hypertoni-diagnos	19,2%	231223	25%	24,3%	M4	241223

	som fått rådgivning kring otillräcklig fysiskaktivitet/fått FaR.						
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2024</i>

Övriga kommentarer:

Det är ett omfattande arbete som krävs resurser framför allt tid och engagemang från olika yrkeskategorier och ibland har det varit svårt att planera regelbundna avstämningar i gruppen, men lyckats ändå hyfsad målet genom ett bra teamarbete.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

-Dokumentera rätt särskild kring hembloodtrycket och åtgärd koder om FaR/rådgivning fysisk aktivitet.

-Vi fick uppdatering kring att hur man skriver enkelt ett FaR, vilka blanketter man använder och var kan hitta de lätt.

-Olika personalkategorier fått uppdatering om Hypertoni – behandlingsriktlinjer, uppföljningar.

-Alla kan se uppdaterad version av vårdprogrammet enkelt och följa riktlinjer.

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?

-Patienter har fått informationsblad om hembloodtrycket och varit delaktiga genom att mäta själv sitt blodtryck, reflektera över det och söka vård i god tid.

-Patienter gav feedback om denna blankett, vilket tas hänsyn till under projektet och framöver.

Så hembloodtrycksmätning har varit verkligen ett sätt att engagera patienterna i egen vård.

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 påminna i jämn och mellan rum på våra möten om vikten att dokumentera rätt om hembloodtrycket/FaR och undvika skriva i fritext.

-Vi har nästan eller uppnått mål för olika indikator under 2024 genom ett bra samarbete mellan olika yrkeskategorier och vi kommer att fortsätta med det goda samarbetet och ha fokus på uppdatering kring ämnet framöver för att uppnå ännu bättre resultat.

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.

