

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024 del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Husläkarna i Österåker	
Verksamhetschef Peter Hallin	Verksamhetschefens e-post Peter.hallin@ptj.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: Azadeh Kazemzadeh
Profession: Specialist i allmänmedicin
E-post: azadeh.kazemzadeh.khajoui@ptj.se
<h4>Att involvera flera</h4> <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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>

A: Amanda Southworth medicinsk sekreterare, Birgitta Buskas distriktssköterska,

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

B: Intervjuer vid sjuksköterskebesök.

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/](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 ?

Öka tillgängligheten, teamarbete mellan läkare, sjuksköterska, medicinsk sekreterare och patient, skapar bättre förutsättningar för följsamhet i behandlingen. Använda tillgängliga resurser på bästa sätt. Förbättra hypertoni vården, öka andelen hypertoni patienter som når målvärdet <135/85. Frigöra läkartider.

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:**

Skapa nya rutiner som ökar tillgängligheten för patienten, frigöra tid för läkaren, 60 % av hypertoni patienterna ska nå målvärdet.

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 möjlighet att erbjuda läkartider för årskontroll till alla	1.1: Öka tillgänglighet genom teamarbete med alla yrkeskategorier. 1.2: Använda väntelista där sekreterarna kallar patienterna 1.3: Patienterna behöver inte ringa för att förnya sina recept utan det kommer man fram till vid SSK-besöket Vi sätter upp patienterna på väntelista direkt efter man fått diagnosen så att alla får en kallelse för årskontroll.
2:	2.1: 2.2: 2.3:
3:	3.1: 3.2: 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/verktygsladaforbattringstrappa/>

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 Antal eller Andel.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier 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	60% av hypertoni patienterna ska nå målvärdet	41%	240101	60%	M4	Dec 2024
Indikator 2	Andel hypertoni patienter som erbjuds årskontroll ska öka.	84%	240101	95%	M4	Dec 2024

Indikator 3						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2024</i>
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 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/verktygsladaforbattringstrappa/>

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?

Vi har tillsammans skapat ett vårdprogram med allt dokumenterat. Vi har börjat att testa och fått ändra lite. Vi träffas regelbundet i teamet för att diskutera det som fungerar och det som behöver ändras.

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

Hypertoni vårdprogram skapats enligt Viss.nu och nationella riktlinjer. Var god se bifogade dokument: Bilaga 1 - Husläkarna i Österåker Hypertonivårdprogram, Bilaga 2 - Husläkarna i Österåker Kallelse Hypertoni SSK samt Bilaga 3 - Husläkarna i Österåker Mall Hypertoni SSK. Själva arbetet satts igång januari 2024. Utvärdering gjorts var tredje månad med iblandad personal i programmet som lett till justeringar för att förbättra problem som upptäckts under resan.

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:**

Var god se bifogade dokument: Bilaga 4 - Husläkarna i Österåker Statistik hypertoni 2023 och Bilaga 5 - Husläkarna i Österåker Statistik hypertoni 2024.

	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 som når målbloodtrycket	39%	2024-0101	60%	42%	Medrave	2024-12-31
Indikator 2	Andel patienter utan registrest	21%	2024-0101	-5%	-4%	Medrave	2024-12-31

	<i>rat blodtryck</i>						
Indikator 3							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2024</i>

Övriga kommentarer:

Vi hittade inget bra sätt att komma fram till andel patienter som blev erbjuden hypertontkontroll. Därför har vi använt indikator 2 som visar andel patienter som inte har ett registrerat blodtryck sista året och sannolikt ej varit på årskontroll.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Man kan effektivisera hypertoni vården och erbjuda lika bra, eller till och med bättre, vård genom att involvera flera yrkeskategorier och själva patienten.

En stor andel hypertoniker fått sina läkemedel förnyade i flera år utan någon hypertontkontroll.

Om man skulle kalla samtliga hypertoniker som teoretiskt finns listade på vårdcentralen (cirka 1700 patienter) kommer sjuksköterskeresurser inte räcka till. Därför kallelsesystemet ändrades till var 18:e månaden istället. Detta faller inom 1-2 års intervallet som rekommenderas i de flesta riktlinjer.

Vi upptäckte två felkällor som försvårar bedömningen av förbättringsarbetsresultat:

1. Ssk och läkare registrerar blodtrycket på olika sätt vilket försvårar tolkning av statistiken och resultat av förbättringsarbetet. Detta har nu rättats till och en samsyn finns om vilket blodtrycksvärde (hemmamätning, dygnsblodtrycksmätning eller värdet på mottagningen) ska registreras.
2. Vi har haft endast cirka 250 hypertoni årskontroll hos ssk under 2024 eftersom det tog tid innan bra patientkandidater selekterades och alla läkare kommit igång med programmet. Denna siffra kommer att stiga kommande åren (för närvarande finns 645 patienter i väntelista).

Vi räknar därför att kunna göra en mer pålitlig bedömning av effekten av förbättringsarbete i slutet av 2025.

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?

Patienterna har fått mäta sina blodtryck själva inför besöket och fundera över sin livsstil och framföra om de vill få hjälp från vården för en förändring.

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 ska fortsätta med vårdprogrammet med tanke på den positiva effekten den har haft för både patienterna och medarbetare. Läkartider har frigjorts som har använts till andra patienter. Färre telefonsamtal till sjuksköterskor behövs för förlängning av recept och tidsbokning. Patienterna varit nöjda att vara mer delaktiga i sin vård och har fått bättre hypertonivård.

Vi behöver fundera hur vi ska kunna nå den hypertonigruppen som inte är lika benägna att söka vård för att minska antalet avbokade besök.

Vi börjar nå nu maxgränsen på antal patienter (800 st.) som sjuksköterskor kan sköta med aktuell bemanning. Vi jobbar vidare på att kunna erbjuda vård till ytterligare 800 patienter som teoretiskt finns listade hos oss. Delar upp listan med läkarna?

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 forbättringsarbeten.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.