

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	
Verksamhetschef Malin Kvist	Verksamhetschefens e-post malin.kvist@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: Malin Kvist
Profession: Verksamhetschef
E-post: malin.kvist@regionstockholm.se
<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">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 sidosjukvård, 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: Malin Kvist, verksamhetschef och Rolf Tryselius, MLA Nils Rönnbäck, distriktsläkare Nicole Celso, sjuksköterska Maria Roche, undersköterska

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

B:

- Patientenkät vid två tillfällen under året till de patienter som kommer på öppen blodtrycksmottagning, samt de som utför hembloodtryck. Enkät delas ut under maj och november månad.
- Vårdplan för varje patient som delas ut vid läkar- och sjuksköterskebesök för att involvera patienten i egen vård och behandling

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?

Det är betydligt enklare att nå målbloodtryck tidigt i sjukdomsutvecklingen. Därför är behandling som påbörjas redan tidigt av stort värde för god kontroll och framtida riskreduktion.

Trots goda behandlingsmöjligheter når endast en ganska liten grupp av våra hypertoni-patienter blodtrycksmålen, 51 % resp 42 % i grupperna >70 år resp <70 år. Vi ämnar undersöka denna grupp närmare inom fyra områden för att se om vi kan förbättra dessa siffror. Dels hur vi på bästa sätt ska följa upp de som inte nått målbloodtryck. Dels hur vi på bästa sätt ska få korrekt uppmätt och dokumenterade blodtrycksvärden. Dels hur läkargruppen applicerar de nya riktlinjerna kring behandling med två aktiva substanser, som verkar blodtryckssänkande, redan vid diagnos och hur vi hanterar hypertoni-patienter i stort. Dels hur vi ökar teamarbetet mellan professionerna på vårdcentralen. Vi kommer i första hand

fokusera på patienter med hypertoni i åldersgruppen 25-69 år. Då vi ser att vi där har svårt att nå blodtrycksmålen vid kontroll i medrave.

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.

I målgruppen minska risken för allvarliga negativa händelser så som stroke genom att minska tiden till patienterna når målbloodtryck och därmed reducera statistiska risker samt de patienter som trots behandling inte uppnår målbloodtryck. Öka tillgängligheten genom att ha öppen blodtrycks mottagning samt öka antalet videobesök med sjuksköterskor och införa väntelista för årligt återbesök.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

- Vi vill öka antalet patienter som uppnår målrelaterat blodtryck i åldrarna 25-69 år.
- Vi vill öka andelen patienten som genomför årlig blodtrycksuppföljning.
- Vi vill öka andelen patienten som utför hembloodtryck och öka den digitala uppföljningen.
- Vi vill öka andelen patienter med diagnosgrad två som ordineras minst två olika substanser

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/verktyglada-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 verktyglåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-patientsamverkan/>

1: Inga tydliga rutiner

1.1: Ny rutin för blodtrycksmottagning
1.2: Ny rutin för behandling/uppföljning blodtryck
1.3: Använda rätt journalmall

2: Brist på tillgänglighet

2.1: Blodtrycksmottagning, öppen
2.2: Boka utredning/uppföljning vid avvikande blodtryck

	2.3: Bokas hos sjuksköterska, som konsulterar läkare, men sköter behandling och uppföljning																																										
3: Brist på kontinuitet av årliga kontroller	3.1: Väntelista införs 3.2: Återta vårdplan för hypertoni 3.3: Skapa patientvårdplan som lämnas i form av blankett vid läkar-/sjuksköterskebesök																																										
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/</p> <p>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/</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. En indikator ska börja med Antal eller Andel.</p>																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka</th> <th>Nuläge = Startläge (% eller antal)</th> <th>Datum/period för startläge</th> <th>Mål (% eller antal)</th> <th>Källa (t.ex. Med-rave)</th> <th>Datum för att uppnå målvärdet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indikator 1</td> <td><i>Andel pat som når målblodtryck Över 70 års ålder (<140/80)</i></td> <td>51%</td> <td>2024-01-24</td> <td>55%</td> <td>Medrave</td> <td>2024-12-20</td> </tr> <tr> <td>Indikator 2</td> <td><i>Andel pat som når målblodtryck under 70års ålder (<130/80)</i></td> <td>42%</td> <td>2024-01-24</td> <td>50%</td> <td>Medrave</td> <td>2024-12-20</td> </tr> <tr> <td>Indikator 3</td> <td><i>Andel hembloodtryck</i></td> <td>0</td> <td>2024-01-24</td> <td>10%</td> <td>Medrave</td> <td>2024-12-20</td> </tr> <tr> <td>Indikator 4</td> <td><i>Andel 24h BT</i></td> <td>0</td> <td>2024-01-24</td> <td>5%</td> <td>Medrave</td> <td>2024-12-20</td> </tr> <tr> <td>Indikator 5</td> <td><i>Andel pat med grad 2 eller högre som får behandling med 2 eller fler läkemedel</i></td> <td>32%</td> <td>2024-01-24</td> <td>35%</td> <td>Medrave</td> <td>2024-12-20</td> </tr> </tbody> </table>		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	<i>Andel pat som når målblodtryck Över 70 års ålder (<140/80)</i>	51%	2024-01-24	55%	Medrave	2024-12-20	Indikator 2	<i>Andel pat som når målblodtryck under 70års ålder (<130/80)</i>	42%	2024-01-24	50%	Medrave	2024-12-20	Indikator 3	<i>Andel hembloodtryck</i>	0	2024-01-24	10%	Medrave	2024-12-20	Indikator 4	<i>Andel 24h BT</i>	0	2024-01-24	5%	Medrave	2024-12-20	Indikator 5	<i>Andel pat med grad 2 eller högre som får behandling med 2 eller fler läkemedel</i>	32%	2024-01-24	35%	Medrave	2024-12-20
	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	<i>Andel pat som når målblodtryck Över 70 års ålder (<140/80)</i>	51%	2024-01-24	55%	Medrave	2024-12-20																																					
Indikator 2	<i>Andel pat som når målblodtryck under 70års ålder (<130/80)</i>	42%	2024-01-24	50%	Medrave	2024-12-20																																					
Indikator 3	<i>Andel hembloodtryck</i>	0	2024-01-24	10%	Medrave	2024-12-20																																					
Indikator 4	<i>Andel 24h BT</i>	0	2024-01-24	5%	Medrave	2024-12-20																																					
Indikator 5	<i>Andel pat med grad 2 eller högre som får behandling med 2 eller fler läkemedel</i>	32%	2024-01-24	35%	Medrave	2024-12-20																																					
<p>Kommentar (valfritt):</p> <p><i>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.</i></p>																																											

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 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?
- *Rutin blodtrycksmottagning-VC/SSK/USK/MLA. Blodtrycksmottagning startas i liten skala, 1g/v - ssk/dsk/usk. Anpassa resurser efter patientflöde-VC. Skapa vårdplan i blankettform att dela ut vid besök- ssk/läkare. Skapa väntelista-VC/ssk/sekr. Använda rätt journalmall -usk/ssk/läk.*

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)

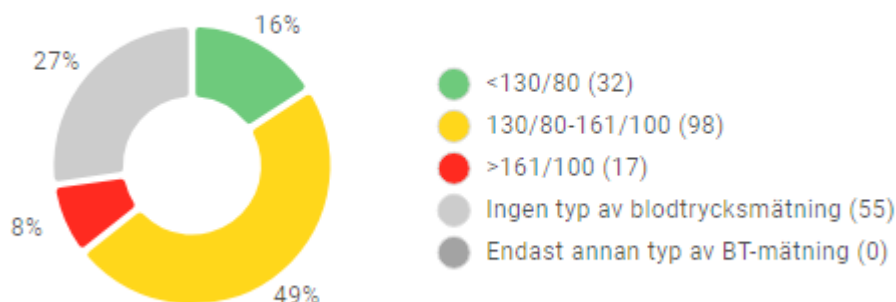
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

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:**

Patienternas blodtryck, mottagning i perioden (senaste värde)



	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 pat som når målblodtryck Över 70 års ålder (<140/80)	51%	2024-01-24	55%	53%	Medrave	2024-12-20
Indikator 2	Andel pat som når målblodtryck under 70års ålder (<130/80)	42%	2024-01-24	50%	54%	Medrave	2024-12-20
Indikator 3	Andel hembloodtryck	0	2024-01-24	10%	0%	Medrave	2024-12-20
Indikator 4	Andel 24h BT	0	2024-01-24	5%	3%	Medrave	2024-12-20
Indikator 5	Andel pat med grad 2 eller högre som får behandling med 2	32%	2024-01-24	35%	32,48%	Medrave	2024-12-20

	<i>eller fler läkemedel</i>						
Övriga kommentarer:							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
<p>Vikten av att ha en person som är ansvarig för gruppen av patienter med diagnosen hypertoni som har kontroll över väntelistan och efter hand kallar patienterna till mottagningen. Bäst är att ha delade besök dvs ena halvåret till sjuksköterskemottagningen för blodtrycks kontroll, levnadsvanor samt BMI och andra halvåret ett läkarbesök med blodprovstagning innan som ger mer strukturerad mottagning. Ostrukturerad mottagning ger en obalans i förskrivning av aktuella läkemedel. Under året såg vi att vi inte använder rätt journalmall för att få in siffror och resultat i bla Medrave. Att ha öppen blodtrycksmottagning var inte något som besöktes i större utsträckning. Att ha en tydlig rutin är otroligt viktigt.</p>							
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?							
<p>Patienterna har nämnt just det som står ovan att bli kallad till mottagningen för de olika besöken. Patienterna upplever att det inte förekommer kontinuitet av deras diagnos. Ett försök gjordes att öka hembloodtryck vilket inte fungerade fullt ut. Vi strävar efter att patienterna blir delaktiga genom att ta blodtryck i hemmet och meddelar sin läkare resultatet. Förslaget från patienterna var att dom får hem ex levnadsvanor för att ta med till mottagningsbesök. Patienterna påtalar att ett ordinerat blodtryck, av läkare, borde vara kostnadsfritt precis som blodprover.</p>							
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.							
<p>Siffrorna hämtade från Medrave visar på att vi gjort förbättringar men vi har inte nått vårt mål. Detta gör att vi kommer fortsätta detta förbättringsarbete även nästa år men med lite andra indikatorer. Vi kommer utse person som ansvarar för väntelista som kallar patienterna och implementera samt skicka med bla levnadsvanor i kallelsen.</p>							
<p>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.</p>							