

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

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

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Kungsholmens husläkarmottagning	
Verksamhetschef Azina Talaromi	Verksamhetschefens e-post Azina.talaromi@trygghalsa.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.salso@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: Azina Talaromi
Profession: Verksamhetschef / sjuksköterska
E-post: Azina.talaromi@trygghalsa.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 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: Janid Ansari /Distriktsläkare och MAL Frida-Lo Klasell Dieckhoff /Distriktsköterska Annika Hulten /Sjuksköterska

Ulla Kettunen /Distriktsköterska
Maggie Price /Distriktsköterska
Pannilla Rivetti /Undersköterska
Frank Belfrage/ Distriktsläkare

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

B: Intervjuer och förslagslåda

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 kan se att vi har en högre andel patienter med diagnosen Hypertoni än Stockholmsgenomsnittet och snittet för hela riket.

Vad gäller andelen patienter som når målblodtrycket ligger vi en aning under Stockholmsgenomsnittet. (1,9%) Men över snittet för hela riket.

Vi önskar med detta arbete förbättra och skapa en likvärdig vård för alla patienter med Hypertoni.

Detta genom att all personal utför blodtrycksmätning på samma sätt enligt Vårdhandbokens rutin. Och att vi använder oss av samma Vårdplan enligt VISS.nu

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.

Vi har som tema för vårt förbättringsarbete valt Hypertoni, blodtryckskontroller och vårdplan.

Lab paket som inkluderar njurfunktion och EL. Status och blodstatus och planerar 24-timmarsblodtrycksmätning på mottagning.

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:

Med detta förbättringsarbete vill vi förbättra och optimera vården för våra Hypertonipatienter.

Målet är:

Patient får ett planerat besök för sin hypertoni-diagnos.

Att optimera våra patienters blodtryck för att minska deras risker för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom.

Att öka patienters delaktighet, optimera deras riskfaktorer samt öka andelen som når målblodtryck. Detta hoppas vi uppnå genom att:

- Arbetar genom Medrave för att fånga patientgruppen.
- Skapade en intern rutin på mottagning för våra hypertoni-patienter där både läk. grupp och ssk grupp involveras.
- I höst 2024 kontaktats patienter enligt Medrave till dsk –mottagning för årskontrollhypertoni.
- Genomgång av livsstilsfaktorer, blodtryckskontroll på mottagning och hembloodtrycksmätning har gjorts.
- Att skapa ett hypertoni provpaket för vår hypertoniårskontroll i TC journalsystem.
- Att kunna erbjuda lika vård för alla.
- Genom att vi har fasta rutiner så leder det till att vi inte glömmer bort patienter.
- Att vi har ett bra flöde.
- Öka tillgängligheten.
- Kunna ge optimal behandling.
- Skapa ett välfungerande teamarbete.
- Att göra patient delaktig i sin egenvård.
- Kvalitetssäkring.
- Sätta upp behandlingsmål i samråd med patienten.

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 redan uppnått en del av målen, men vi vill fortsätta arbetet för att utveckla omvårdnaden av hypertoni.

1.1: Arbeta regelbundet med Medrave
1.2: Bilda ett team kring patienter med hypertoni.
1.3: Fasta rutiner
1.4: Ett bättre flöde och tydlighet mellan sköterskegrupp och läkargrupp.

1:5 Bättre dokumentation

<p>2: Omorganisering Efter omorganiseringen av Kungsholmens HLM i mars 2023 har vi haft en kort tid att utveckla och kvalitetssäkra medicinska och omvårdnadsinsatser för patienter med hypertoni.</p>	<p>2.1: Gemensamma möten 2.2: Höja kompetens i hela teamet 2.3: Utbildningar (APC, webbutbildningar,</p>
<p>3: Minskad personalomsättning</p>	<p>3.1: Behålla kvalitet 3.2: Teamkänsla 3.3: Öka motivation</p>

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-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 start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Förekomst av diagnos Hypertoni	22,4% (935/4165) 2024-01-31	2024-01-31	25%	Medrave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Andel patienter med hypertoni som har bl. tryck under 140/90	45,7% (427/935)	2024-01-31	50%	Medrave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet

						av året
Indikator 3	Andel av alla hypertoni patienter under 65 års ålder som uppnår rekommenderat målblodtryck 130/80.	54,55% (12/22)	2024-10-25	55%	Medrave	T.ex. dec 2024

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 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?

Förslag: Patienter bokas in 3 gånger för blodtryckskontroll hos dsk/ssk och usk. 1 besöket tas alltid av ssk/dsk.

Där vikt och längd tas (kan tas vid sista besöket med). Råd om kost.

Viktigt att alla följer samma tillvägagångssätt.

Följ anvisningar www.viss.nu eller www.vardhandboken.se

Ssk/ dsk bokar in sina besök 1 och 3e besöket. 2 besöket hjälper usk med att ta.

Viktigt att puls tas (för att upptäcka förmaksflimmer). Diabetiker och patienter med njursjukdomar kan visa andra

värden.

EKG tas på patienter med symtom därav läggs ekg i mätvärden. (puls 130–140)

Vid besök ska patienter ta med sig egen blodtrycksmaskin om hen har det för att kunna genomföra värdena,

om allt ser bra ut lägger sköterskan upp ärendet på läkarens tidbok (admin tid) där läkare tar ställning.

Likaså om värdena är höga så rondas det med läkare för en inbokning av tid.

Remiss till labbet.

Patienter med hypertoni: beställs endast nödvändiga prover. Husläkare vidimerar svararen.

Ronda med läkare, för årskontroll.

Förbättringsarbetet

Informationsmöte med samtliga yrkeskategorier på vårdcentralen angående riktlinjer samt

information om målvärden för olika åldersgrupper bland hypertonipatienter.

Vi ska ha våra egna lokala rutiner

Egna blanketter (mätning av hem blodtryck) patienter får med sig egna blanketter hem där patient kan

skriva ner vilka värden patient har.

Integration till hela teamet.

Uppdatera väntelista för Hypertoni patienter så att de automatiskt kallas till återbesök.

Vi saknar en Hypertonimottagning för att enklare kunna följa upp dessa patienter och då även kunna implementera

Livsstilssamtal och samtal kring exempelvis 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.slso@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

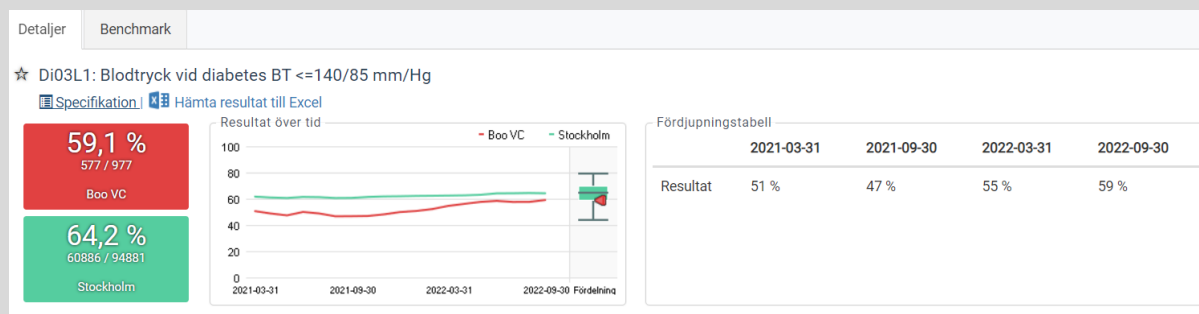
Vi har till att börja med gått igenom och kollat upp patienten med hypertoni som saknar aktuell diagnos. Och där vid konstaterad Hypertoni satt en diagnos för att få mer data att gå efter.

-Vi har jobbat med att se till så att alla dokumenterar blodtrycksmätning på rätt sätt i TC för att värdena ska komma in i Medrave. Vi har där kunna ringa in två typer av felregistrering där mätvärdena istället hamnat i löpande text.

-När vi tittat på diagnoser har vi funnit patienter som inte har varit till läkare för kontroll av sin Hypertoni på över 18 månader. Dessa patienter har vi valt att kontakta per telefon och erbjuda provtagning, läkarbesök, samt tre blodtryckskontroller på mottagningen. I vissa fall har patienterna tagit hembloodtryck som även det dokumenterar i TC under mätvärden.

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Förekomst av diagnos Hypertoni	22,4% (935/4165)	2024-01-31	25%	21,1% 968/4588	Medrave	2024-10-25
Indikator 2	Andel patienter med hypertoni som har	45,7% (427/935)	2024-01-31	50%	46,6% 451/968	Medrave	2024-10-25

	<i>bl. tryck under 140/90</i>						
Indikator 3	<i>Andel av alla hypertoni patienter under 65 års ålder som uppnår rekommenderat målbloodtryck 130/80.</i>	<i>54,55% (12/22)</i>	<i>2024-01-31</i>	<i>55%</i>	<i>54,55% 12/22</i>	<i>Medrave</i>	<i>2024-10-25</i>

Övriga kommentarer:

Patientantalet har ökat med 423 per under perioden. 33 nytillkomna Hypertoni diagnoser.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att arbeta mer strukturellt och enhetligt kring denna patientkategori. Att arbeta så har skapat en god effekt på verksamheten i bemärkelsen att patienterna inte behöver kontakta mottagningen lika ofta då de vet att de kommer att följas upp.

Vi har lärt oss att arbeta bättre som ett team vilket har haft en positiv inverkan på samarbetet mellan de olika yrkeskategorierna på mottagningen.

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?

För att öka patienternas delaktighet i vården har vi uppmuntrat patienterna som kan, att ta sitt blodtryck själv i hemmet. Muntligen har det kommit fram positiv respons från patienter kring att de själva kan kontrollera sitt blodtryck samt framföra värdena digitalt till oss istället för att behöva komma hit endast för blodtryckskontroll. Detta har även lett till att många patienter blivit mer medvetna kring sin diagnos samt sökt kunskap att lära sig mer kring faktorer som kan påverka deras blodtryck och vad de kan göra själva.

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 vårt arbete med våra Hypertonipatienter på det sätt som beskrivs ovan. Vi upplever att vi fått en bättre översikt över denna patientkategori och tror att med lite mer tid så kommer även resultsiffrorna att peka uppåt.

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
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.