

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: **Lill-Jans HLM Hypertoni** **2024 del 1 +2**

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Lill-Jans Husläkarmottagning

Verksamhetschef
Fredrika Haeggström

Verksamhetschefens e-post
Fredrika.haeggstrom@lill-jans.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 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.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Julia Lindgren, Frida Selander

Profession: sjuksköterska

E-post: julia.lindgren@lill-jans.se, frida.selander@lill-jans.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: Kit Melgaard Brevik, specialist allmänmedicin, Malika Ismailova Tångring, ST-läkare

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 Primärvårds Kvalitet 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, Primärvårds Kvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även Primärvårds Kvalitet (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?

Hypertoni är en folksjukdom som förekommer hos omkring en tredjedel av Sveriges vuxna befolkning enligt Janusinfo. Det är den största riskfaktorn för hjärt-kärlsjukdomar, till exempel stroke och hjärtinfarkt. Vid hypertoni förekommer ofta samsjuklighet, såsom diabetes, övervikt, förhöjda blodfetter och dåliga levnadsvanor. Risken för att få sjukdomen ökar kraftigt med stigande ålder. Sammantaget skulle stora hälsovinster kunna nås om högt blodtryck kunde undvikas. En utopi men att sträva efter att öka medvetenheten hos våra patienter för blodtryckets betydelse för hjärt/kärlsjukdom och få en acceptans hos patienten för medicinering är en viktig uppgift i vården. Särskilt svårt blir detta då hypertoni ofta inte ger några symtom. Att komma ihåg att ta en medicin, eller fler, för något som kanske inte ens känns – hur många hänger i med detta år ut och år in? Det är därför viktigt att fånga upp patienter som går runt med högt blodtryck utan att veta om det och att få en förståelse för vikten av behandling och motivation att fortsätta med väl inställd medicinering.

Under hösten 2023 startade Lill-Jans blodtrycksmottagning för patienter med hypertoni. Här vill vi följa patienter med nydebuterad hypertoni samt patienter som sedan tidigare har medicin för att se vilken compliance det finns hos patienten till medicinering.

Vår förhoppning är att forma en blodtrycksmottagning som uppfyller de mål vi anger nedan.

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

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

B: Enkät om levnadsvanor till patienter med hypertoni. I den ingår frågor om tobaksbruk, alkoholvanor, stress och fysisk aktivitet.

Intervju med patient på blodtrycksmottagning och med ansvarig sköterska/ läkare.

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:
1. Identifiera patienter som går med obehandlad hypertoni

Högt blodtryck ger ofta inga symtom. När väl symtom dyker upp har patienten ofta redan en manifesterad kärlskada av blodtrycket och risken för hjärtinfarkt och stroke är ökad över tiden jämfört med den som inte har högt blodtryck. Därför är det viktigt att hitta patienter med högt blodtryck så tidigt som möjligt och med behandling minska framtida risk för hjärt/kärlsjukdom.

2. Mäta blodtryck på patienter oavsett besöksorsak

Genom att erbjuda mätning av blodtrycket på i stort sett alla våra patienter i princip oavsett besöksorsak, hoppas vi kunna fånga upp dem som har en obehandlad hypertoni. I samband med detta berättas att högt blodtryck sällan ger några symtom och att vi därför gärna mäter patientens blodtryck vid besöket.

3. Involvera patienten i sin vård genom att informera/utbilda om vikten av goda levnadsvanor.

Vissa riskfaktorer för högt blodtryck går inte att påverka, men flera livsstilsförändringar kan ändå påverka blodtrycket och hälsan positivt. I rådgivande samtal kring tobak, alkohol, och fysisk aktivitet kan vi informera om goda hälsomål och i bästa fall motivera patienten att påverka sin egen livsstil i en bra riktning. Vi tar hjälp av lättsmälta broschyrer och FaR-recept för att öka intresset hos patienterna.

4. Optimera medicineringen för hypertoni enligt aktuella rekommendationer.

Enligt Kloka listan rekommenderas att patienter med nydebuterad hypertoni sätts in på två läkemedel på en gång, då målblodtryck nås snabbare och oftare. Risken för biverkningar minskar också då doserna kan hållas lägre när medicinerna förstärker varandras effekt. Vårt mål är att öka antalet patienter med behandling enligt Kloka Listans rekommendationer

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: Tidsbrist
Ej funnits tillräckligt med tid att mäta blodtrycket på patienter som har annan sökorsak än hypertoni.

1.1: Försöka ta blodtrycket på alla patienter i möjligaste mån.
1.2: Automatisk blodtrycksmätare kan effektivisera besökstiden.

2: Ingen strukturerad uppföljning efter att patienten fått diagnos hypertoni. Vissa följs upp hos sjuksköterska, andra hos läkare och vissa inte alls. Lätt att patienter faller mellan stolarna.

2.1: Blodtrycksmottagning med mål att följa hypertoni-patienter
2.2: PM om rutiner för omhändertagande av patienter med hypertoni blir känd av all personal.

3: Patienter har ej förstått vikten av uppföljning/kontroll av sitt blodtryck vid hypertoni-diagnos

3.1: Informera om vikten av uppföljning
3.2: Vi uppmärksammar när patienter inte kontrollerat blodtrycket på länge (till exempel vid telefonkontakt, besök eller receptförnyelse)

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/verktysglada-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 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. Medr-ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Öka diagnosgrad för hypertoni	20 %	26 feb 2024	33 %	Medr-ave	30 jan 2025
Indikator 2	Öka andelen patienter som når ett blodtryck på <140/90mmHg	50,1%	26 feb 2024	75 %	Medr-ave	30 jan 2025
Indikator 3	Öka andelen patienter som fått rådgivande samtal om tobak och alkohol på blodtrycksmottagningen	1,4%	26 feb 2024	100 %	Medr-ave	30 jan 2025
Indikator 4	Öka andelen patienter som stå på flera olika blodtryckssänkande preparat	54 %	26 feb 2024	75 %	Medr-ave	30 jan 2025
Indikator 5	Öka andelen patienter som erbjudits FaR-recept på blodtrycksmottagningen	0 %	26 feb 2024	20 %	Medr-ave	30 jan 2025

Kommentar (valfritt):

Indikator 1: En tredjedel av Sveriges befolkning har högt blodtryck. Vi har valt att applicera detta på vår mottagning. Vår teori är att vi har patienter med odiagnostiserad hypertoni på mottagningen.

Indikator 2: Vi anser det ej realistiskt i denna indikator att uppnå 100 %. då faktorer såsom compliance och läkemedelsbiverkningar påverkar möjligheten att nå blodtryck på <140/90.

Indikator 3: Startläget 14 patienter = 1,4% baseras på antalet patienter med KVÅ-koder (DV121 och DV111) för råd om alkohol- och tobaksvanor sedan blodtrycksmottagningens start hösten 2023.

Indikator 4: Vi är medvetna om att aktuella rekommendationer för blodtrycksbehandling inte alltid följs, då vissa patienter får fullgott resultat av enbart ett blodtryckssänkande preparat.

Indikator 5: Vi har ännu inte påbörjat förskrivning av FaR-recept och personalen har precis fått utbildning i FaR. Därav 0 % i startläget.

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-forbattringstrappa/>

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?

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.

Planera:

*SSK Julia ansvarar för blodtrycksmottagningen och kommer fortlöpande under året att arbeta med att samla in data för de mål vi valt. En enkät om levnadsvanor fokuserat på tobaksbruk, alkoholvanor, fysisk aktivitet och stressnivå planerar vi att dela ut till alla patienter på blodtrycksmottagningen. Den utgör underlag för samtal om livsstilsråd samt kartläggning över eventuella riskfaktorer som finns hos patienten. Vi lägger fokus på att korrekt dokumentera, för att i framtiden lättare kunna ta fram data/statistik. SSK Julia kommer ha en löpande dialog med samtliga av teamet under året. Avstämning/datainsamling varje månadsslut.

*Sköterska på blodtrycksmottagningen kan i samråd med ansvarig läkare följa upp insatt mediciner och titrera doser. Avstämning mellan ssk och läkare sker via kontrasignering av journalanteckning i dessa fall.

* Informera i APT fortlöpande om vikten av diagnossättning hos läkare och även uppmuntra sköterska att börja sätta diagnos i sin journalanteckning. På så sätt via RAVE kunna se om vi ökar diagnosgraden för hypertoni på mottagningen.

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: forbattringsarbeten.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?

Blodtrycksmottagningen blev uppskattad av både patienterna och övrig vårdpersonal (läkare, sjuksköterskor, receptionist) då det har erbjudit kontinuitet för patienterna som också uttryckt att det varit lättare att nå hypertonsköterskan än sin doktor. Patienterna har fått uppmärksamhet och blivit mer delaktiga i sin behandling, läkarna fått mer tid åt andra patientgrupper och samtidigt känt trygghet i att en medicinering följdes upp både avseende effekt och biverkan. Med den övervikt vi har av äldre patienter finns en större risk för blodtrycksfall, interaktion med andra läkemedel. Många gånger behövs mer tid och återkommande besök för att fånga upp biverkningar eller få reda på att patienterna går till andra läkare och där fått mediciner som inte står i LM-listan i Take Care. För att nå ömsesidig trygghet mellan läkare och sköterska i medicinjusteringar, råd mm till patienterna satte ansvarig sköterska på blodtrycksmottagningen sina journalanteckningar på kontrasingering till ansvarig läkare. Det fungerade bra men läkarna behövde påminnas om att titta i sin signeringskorg. Vissa valde istället att ta det muntligt men för att få en fungerande rutin och ett patientsäkert arbete är kontrasingeringen viktig.

Halvvägs på året, när vi kommit igång med rådgivande samtal kring livsstilsfaktorer och rutiner kring tidsbokning och uppföljning slutade den ansvariga sjuksköterskan och ytterligare en sköterska i hemsjukvården blev långtidssjukskriven. Hypertonimottagningen sattes på paus. Mottagningstiderna för blodtryck gjordes om till vanliga skötersketider och personalen fick pussla och omorganisera sina uppgifter för att klara den dagliga verksamheten. Luften gick ur projektet! Enkäten för livsstilssamtal kom aldrig i bruk och broschyrerna för FaR glömdes bort.

Efter sommaren gjordes ett nytt försök att organisera kontrollen av blodtryck. Särskilda tider i sköterskeboken, rutiner för hemblodtryck och 24 tim BT och rutin för i vilka fall sköterska kan ta eget beslut om dessa undersökningar. Efter någon månad gick två 24 tim BT-apparater sönder och ytterligare bemanningsproblem uppstod. Blodtrycksmottagningen försvann ur sköterskornas schema. Istället försökte de systrar som turas om att ha den allmänna sköterskemottagningen att lägga BT-kontroller på tider där det kan finnas utrymme för rådgivande samtal. Tack vare FAR projektet så var de flesta sköterskor och undersköterskor motiverade att ta upp motion, alkohol och tobak med patienter överlag och då även patienter på blodtryckskontroll.

Våra mål var överoptimistiska men trots alla motgångar längs med vägen har vi ökat andelen rådgivande samtal om livsstil och även alkohol och tobak till den här gruppen patienter. Fler har också nått målblodtryck < 140/90. Vi följer Kloka Listan väl vad gäller val av mediciner och kombinationer av mediciner men vi har bara lyckats öka antalet patienter som har 2 eller fler blodtrycksmediciner med 1%! Det var en besvikelse men å andra sidan hade 55% av patienterna med hypertoni redan när vi startade mottagningen 2 eller fler mediciner för sitt blodtryck.

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	Öka diagnosgrad för hypertoni	20%	24-02-26	33%	21%	Med Rave	25-01-30
Indikator 2	Öka andelen patienter som når ett blodtryck på <140/90mmHg	50,1%	24-02-26	75%	53,4%	Med rave	25-01-30
Indikator 3	Öka andelen patienter som fått rådgivande samtal om tobak och alkohol på blodtrycksmottagningen	1,4%	24-02-26	100%	5,5%	Med rave	25-01-30
Indikator 4	Öka andelen patienter som står på flera olika blodtryckssänkande preparat	55%	24-02-26	75%	56%	Med rave	25-01-30
Indikator 5	Öka andelen patienter som erbjudits FaR-recept på blodtrycksmottagningen	(0%) 10%	24-02-26	20%	18%	Med rave	25-01-30

Övriga kommentarer:

Se nästa sida...

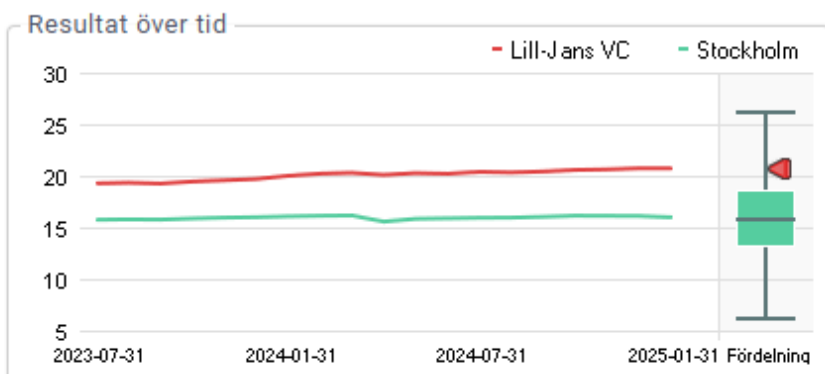
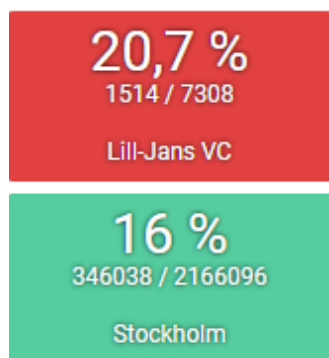
Indikator 1.

Vi trodde nog att det skulle dölja sig fler patienter med oupptäckt hypertoni än vad vi hittade. Men vårt mål var också för optimistiskt med tanke på att vår diagnosgrad redan ligger relativt högt sett till medeltalet för övriga enheter i Stockholm.

Om vi hade arbetat mer aktivt med diagnoser i hemsjukvården hade vi kanske nått en lite högre procentsats med tanke på att diagnoserna där inte alltid kommer med pga. annan samsjuklighet som diagnosticeras i första hand. (se bild från primrvårdsKvalité nedan)

r HT01: Förekomst av diagnos hypertoni

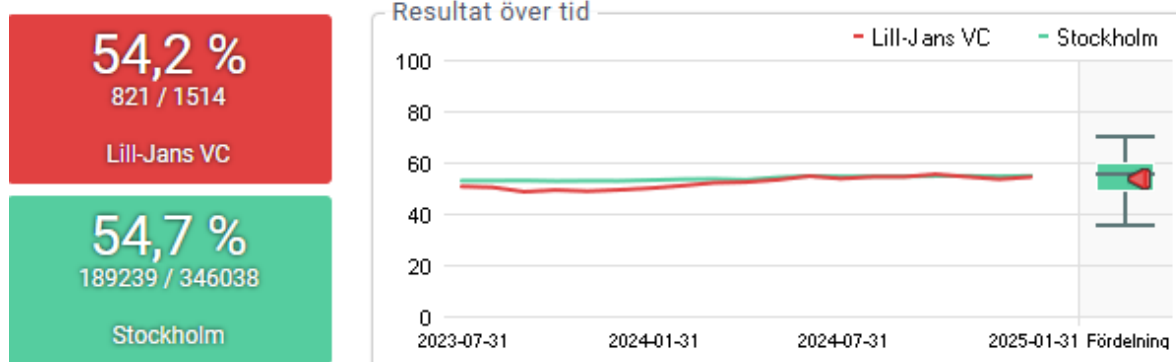
 Specifikation |  Hämta resultat till Excel



Indikator 2: Även här är vi för optimistiska i vår målsättning. Vi når lite fler mål blodtryck men vi tror att åldern hos våra patienter har viss betydelse. Många är 80+ och vi är försiktigare med att pressa blodtrycken i de högre åldrarna. När vi inkluderade 140/90 ökade vår andel till 67,9 % vilket kan bero på just åldersfaktorn och lite försiktigare hållning i förhållande till takt av BT-sänkning. Att vår blodtrycksmottagning inte kunde fortsätta har också haft betydelse – det var ett sätt för både doktorn och patienten att känna trygghet i att pröva att öka dosen på ett läkemedel eller lägga till medicin där uppföljning på BT – mottagningen fanns som en garant för snar återkoppling av ev. biverkningar. (se bild från primrvårdsKvalité nedan)

HT02L2: Blodtryck vid hypertoni BT <140/90 mmHg

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Indikator 3: Vi har inte ökat mer än ett par % men vi startade med 14 patienter och vid mättidens slut hade 55 patienter fått rådgivande samt al om tobak och alkohol. Genom åren har det ofta saknats uppgifter om alkohol och det har ansetts som lite svårt att fråga om. Det skifte som nu har kommit gällande information kring risker med alkohol i stort sett oavsett mängd kommer säkert bidra till att allt fler framöver får rådgivande samtal kring alkohol och sannolikt också till en sannare rapportering från patienterna. Information om rökning borde kunna vara bättre men även här är det svårt att nå de som verkligen behöver råden. Att BT-mottagningen sattes på paus tror vi också bidragit till att andelen samtal inte blev högre.

Indikator 4: vi ökar med 1% från 55 % till 56 % - det är en liten ökning i förhållande till vårt satta mål - men 75% orimligt även om det är önskvärt. Ganska snart insåg vi att målet inte var nåbart men fortsatte för att se hur långt vi skulle komma. När vi tittar på föregående år tycker vi ändå att årets arbete gett ett positivt resultat då både fler patienter med 2 respektive 3 läkemedel når "grönt" målvärde och de som inte gör det minskar i båda grupperna. (se bild 1+2 från primrvårdsKvalité nedan)

Bild 1: 240226-250130

..nvändning av blodtryckssänkande lm

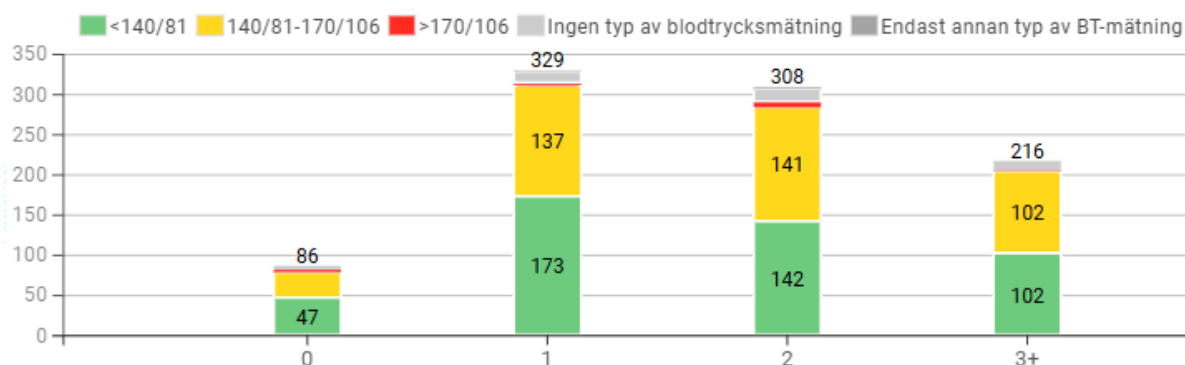
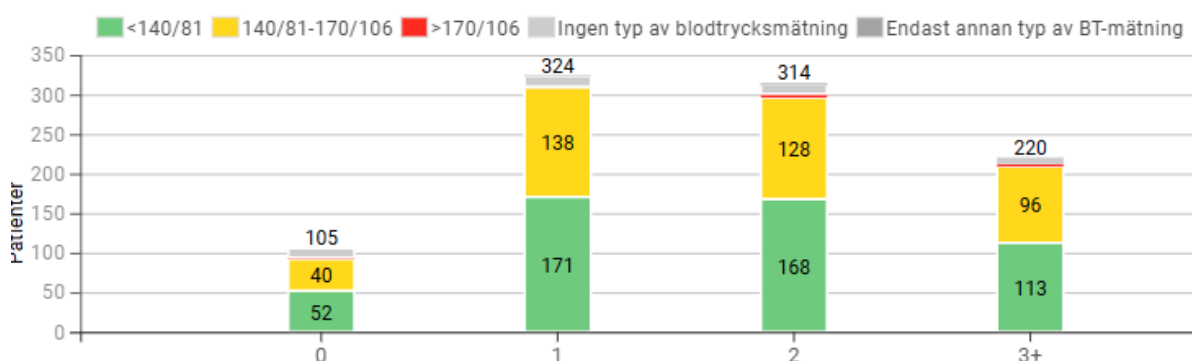


Bild 2: 230226–240226

Användning av blodtryckssänkande lm



Indikator 5: vi har valt att i efterhand mäta andelen rådgivande samtal kring fysisk aktivitet i stället för recept på FaR. Det visade sig att det inte gick att spåra antalet FaR recept med Rave och KVÅ koderna saknades ofta i journalanteckning trots att innehållet visade att ett motiverande samtal kring fysisk aktivitet och träning hade genomförts. Vi valde då att titta på DV 132 och DV 133 för perioden feb 23 till feb 24 i förhållande till samma KVÅ koder under vår mätperiod feb-24 till jan 25. Resultatet blev då att vi ökat de rådgivande samtalen om fysisk aktivitet med 8 % till totalt 18% vilket inte ligger så långt ifrån vårt mål på 20% som då var tänkt för andelen FaR recept. När vi tog fram data för DV 200 för FaR recept hade vi endast gjort 1 sådant under mätperioden vilket är missvisande för vårt arbete. Vi behöver bli mycket bättre på att skriva FaR recept och att skriva in KVÅ koden rätt. Men på det här sättet ser vi ändå att vi arbetat på rätt sätt och vi tror att FaR projektet och den utbildning vi fick på hösten 2023 har haft stor betydelse.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att vi hela tiden är beroende av bemanning och att ha fler personer involverade i arbetet. Våra mål är över optimistiska men kanske kunde vi göra delmål och ha arbetet på en längre tidsperiod.

Vi har också sett vilken betydelse information om blodtryckets betydelse för hjärt/kärlsjukdomar har och att motivera till behandling är något som allra först måste göras innan t.ex. fler läkemedel kan introduceras direkt vid diagnos och start med behandling. Att förklara synergieffekter av läkemedel och att det kan ge mindre biverkningar kräver ofta mer än ett besök och här fyller blodtrycksmottagningen en stor funktion. Trygghet för både patienten och ordinerande läkare – att det finns tid avsatt för uppföljning.

Mycket av motiveringsarbetet med livsstilsfrågor kommer finnas kvar trots att mottagningen vilar. En större medvetenhet finns generellt hos all personal för betydelsen av livsstilsfaktorer för behandling av högt blodtryck.

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?

Det som patienterna frågar eller berättar under besök och i samtal kring BT-mätning visar ofta vad som kanske fattas i en övergripande förståelse för medicinering av en kronisk sjukdom. Ett högt blodtryck **kan** vara övergående men om det håller i sig över tid så är behandlingen ingen botande kur som ordinerar utan något som ska följas upp, justeras och omprövas årligen.

I intervjun med John blir detta tydligt. Han fick hjärtinfarkt för 3 år sedan innan han fyllt 50 och utan förvarning. Han hade tidigare varit frisk och fysiskt aktiv i hela sitt liv. Vi intervjuade honom efter en blodtryckskontroll då trycket inte låg bra. Det hade upptäckts vid ett besök för något helt annat på husläkarmottagningen. John hade slutat med medicinen efter ett år när recepten tog slut och hans blodtryck låg bra. Blodtrycksmedicinen hade han uppfattat som en ”kur” på 100 tabletter som sedan kunde avslutas då blodtrycket låg bra. Han var bara en av flera patienter som uppfattat att högt blodtryck som blivit normalt med medicin är botat och därmed färdigbehandlat. Vi behöver ofta påminnas om detta och vikten av motiveringsarbete där information om vilken roll ett högt blodtryck har för kardiovaskulär sjukdom är central för följsamhet till behandling.

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 fortsätter med ”vanlig” sjuksköterskemottagning men med blodtryckskontroller bokade av läkare . vi försöker få med samtal med råd kring livsstilsfrågor och betona vikten av god BT kontroll. Förhoppningen är att blodtrycksmottagningen ska kunna starta på nytt.

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.siso@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.