

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Räcksta Vällingby Närvårdsmottagning	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Gunn-Eli Wika	gunn-eli.wika@ptj.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> 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 <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Annika Öberg
Profession: specialist i allmänmedicin
E-post: annika.oberg@ptj.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"><li>Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>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.</li><li>Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Kjell Andersson, specialist i allmänmedicin Lina Andreasson, undersköterska

Gabriella Malmgren, sjuksköterska  
Gunn-Eli Wika, specialist i allmänmedicin/verksamhetschef

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

B:

Vi kommer intervjuva 5 slumpmässigt utvalda patienter med hypertoni och som sökt för receptförnyelse av HT medicin via vår digitala tjänst och som ej har ett aktuellt blodtryck registrerat i TC senaste året, där vi kommer säkerställa att patientens blodtryck följs upp. Syftet med intervjuerna är att få patienters synpunkter på våra nya rutiner, och få förslag till förbättringar.

### **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?**

Enligt PrimärvårdsKvalitet har mottagningen 2115 patienter som fått diagnos hypertoni senaste 5 åren. Vi har upptäckt att 51,8 % av våra blodtryckspatienter har ett registrerat blodtryck senaste 18 månader i Take Care och där värdet ligger under 140/90 (PVK, indikator HTO2L2).

Vi har också upptäckt att vi förnyar recept utan att det finns ett aktuellt registrerat blodtryck de senaste 18 månaderna. Vi saknar en tydlig rutin för receptförnyelser hos patienter med hypertoni som söker för hypertoni-recept utan att ha ett blodtryck registrerat senaste 18 månaderna. Senaste 5 åren har 2114 patienter fått diagnos hypertoni på vår mottagning. 266 patienter (13 %) har ej registrerat diagnos hypertoni eller ett registrerat blodtryck senaste 18 månader.

Vi vill därför skapa en rutin för hur vi kan fånga upp patienter med HT diagnos som söker för receptförnyelse och som inte kontrollerat blodtrycket senaste 18 månader. Vi vill öka antalet blodtryckskontroller för att vi ska bli bättre på att säkerställa att patienter med HT ej går med för högt blodtryck. Vi vill göra det för att minska risken för hjärt-kärlsjukdom.

### **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>Mål (Vad vill ni uppnå?)</b> Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a> <b>Formulera här era mål:</b>	
<p>Vi vill utveckla en fungerande rutin för patienter med HT som söker för receptförnyelse av HT LM, detta som en del i ett större arbete gällande utvecklandet av en välfungerande HT mottagning.</p> <p>Vi vill öka antalet blodtryckskontroller.          Vi vill öka antalet patienter med blodtryck &lt;140/90.</p>	
<b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b>  Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a>	<b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b>  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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</a>
1: Vi har inte ett fungerande flöde för omhändertagande av HT patienter.	1.1: Fånga upp pat med HT diagnos som söker vårdcentralen via receptönskemål på HT LM. 1.2: Ställa frågor om pat kontrollerat bltr hemma/ på annat ställe senaste året i samband med att pat söker för receptförnyelse av HT LM. 1.3: Erbjuder blodtryckskontroll i samband med att pat söker för recept på HT LM.
2: Tidigare digital HT process har ej uppnått förväntat mål som beror på att processen upplevdes som krånglig och många olika professioner var inblandade, i kombination med hög personalomsättning.	2.1: Nytt digitalt receptflöde där usk rollen förstärks för att underlätta flödet. 2.2: Patientanpassad kontroll/uppföljning av blodtrycket. 2.3:
3: Kunskapsbrist gällande vikten av välbehandlat blodtryck.	3.1: Utbildning av hela personalgruppen 3.2: Standardisera information till patienten om vikten med ett bra behandlat blodtryck. 3.3:
<b>Mått och mätetal (indikatorer)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?</li> <li>• Hur kan det mätas?</li> <li>• Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?</li> </ul>	

**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 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel pat med HT diagnos som har ett blodtryck registrerat i TC senaste 18 månader</i>	74,2 % 1606/2164	240131	85 %	Medrave	Dec -24
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter som har ett blodtryck registrerat i TC som är &lt;140/90</i>	51,8 %	240131	60 %	PVK, HTO <sub>2</sub> L <sub>2</sub>	Dec -24
<b>Indikator 3</b>						
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

**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 flikarummet, 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 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: Vi har tillsammans på APT diskuterat ämne för årets kvalitetsprojekt och har tillsammans landat i det kvalitetsarbete vi valt. Vi har satt ihop en arbetsgrupp med representanter från respektive vårdprofession som är involverade i det nya flödet. Vi har tillsammans i arbetsgruppen satt upp ett flöde på hur vi ska säkerställa att en patient med HT diagnos och som söker för receptförnyelse av HT LM omhändertas för att fånga upp vilka patienter som behöver genomföra bltr kontroll och vilka patienter som behöver bltr optimeras.

Vi har planerat in en hypertoniutbildning (27/2) för hela personalgruppen med syfte att alla medarbetare ska förstå vikten av ett säkert medicinskt omhändertagande av HT patienter, samt med syfte att öka motivationen i hela personalgruppen att vara uppmärksam på när pat med HT inte kontrollerat blodtrycket på >18 mån.

Vi planerar att 1 gång/månad titta på statistik i MedRave för att se om antalet bltr registreringar i TC ökar, samt om andelen med blodtryck <140/90 ökar, samt på APT 1 gång/månad informera personalgruppen om vi ser någon förändring över tid.

**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](mailto: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 utarbetat ett flöde i vår chatt MittPTJ vid receptönskemål för hypertoniläkemedel. Undersköterskor kontrollerar i labmodulen och frågar även vid behov patienten när senaste blodtryck tagits. Värdet dokumenteras i journal om patienten har gjort mätningar i hemmet. När det finns ett blodtrycksvärde senaste året kan receptärendet lämnas över till läkare för vidare bedömning. Usk informerar läkare i internchatt om senaste blodtrycksvärde samt datum för mätning. När det är mer än ett år sedan senaste blodtrycksmätning erbjuds patienten tid för kontroll av blodtrycket. Patienter som önskar kontrollera blodtrycket i hemmet får schema för blodtryckskontroller i hemmet. På schemat framgår det hur patienten ska mäta sitt blodtryck i hemmet. Patienten mäter blodtrycket, fyller i värden och skickar sedan in formuläret i chatten.

Det är också utarbetad ett flödesschema för blodtryckskontroller hos undersköterska. Vid normala värden kan kontroll avslutas av undersköterska och patienten kan skickas hem. Läkare meddelas om det föreligger behov av receptförnyelse. Vid oklarheter eller höga blodtrycksvärden kan undersköterska sätta upp konsultationsärende till ansvarig läkare.

På grund av personaländringar och en stor omstrukturering i organisationen har vi inte lyckats etablera en sjuksköterskedriven blodtrycksmottagning som vi hade planerat. Sjuksköterskan som var aktuell för detta har avslutat sin tjänst. Vi planerar att etablera blodtrycksmottagning under 2025.

## 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:**

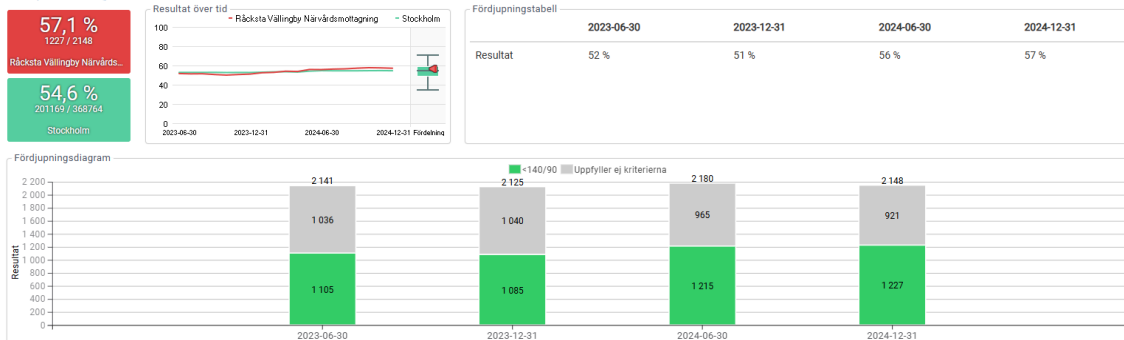
	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med HT diagnos som har ett blodtryck registrerat i TC senaste 18 månader</i>	74,2 % 1606/2164	240131	85 %	76,6 % 1646/2148	Medrave	31 dec 2024

<b>Indikator 2</b>	Andel patienter som har ett blodtryck registrerat i TC som är <140/90	51,8 %	240131	60 %	57,1 %	PVK, HTO2L2	31 dec 2024
<b>Indikator 3</b>							T.ex. dec 2024
<b>Indikator 4</b>							T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>							T.ex. dec 2024

### Övriga kommentarer:

☆ HTO2L2: Blodtryck vid hypertoni BT <140/90 mmHg

Specifikation | Hämta resultat till Excel



## Slutreflektion

### Vad har ni lärt er?

Vi upptäckte att vi är ganska bra på att mäta och registrera blodtrycksvärden på patienter som vi redan träffar men det finns en risk att vi tappar bort patienter som inte kommer hit av andra orsaker eller för uppföljning av blodtrycket.

Andelen patienter utan blodtrycksmätning ökade till 12 % under pandemin (2020) och vi har fortfarande inte lyckats komma tillbaka till tidigare nivåer runt 4 %. Efter senaste insatser är det fortfarande 9 % av våra patienter med hypertoni diagnos senaste 5 år som inte har registrerade blodtrycksvärden i vårt journalsystem.

Vi har under 2024 lyckats öka andelen patienter med blodtryck <140/90. Vår teori är läkaren uppmärksammas på höga blodtryck när undersköterskor kontrollerar senaste blodtrycksvärden och även meddelar läkare i samband med receptförnyelse.

Undersköterskegruppen har blivit mer involverade i vårt omhändertagande av pat med hypertoni. De kan jobba mer självständigt med stöd av flödesschema som utarbetats. Undersköterskor kan med stöd av flödesschema initiera blodtryckskontroller för patienter som hör av sig med önskemål om förnyade recept på hypertoni läkemedel. De kan också besluta om det föreligger behov av 24-timmars mätning av blodtrycket. Vi upplever ett förbättrat teamarbete.

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?

Vi har inte lyckats involvera patienter under själva arbetet.  
Verksamhetschef har ringt upp 3 patienter som varit bokade till undersköterskan för “årlig kontroll blodtryck” och frågat hur de upplevde att bli kallade på blodtryckskontroll till undersköterskan, utan läkarbesök.  
Alla patienter upplever att de fick bra omhändertagande under besöket men de saknade återkoppling på provsvaren. En patient hade inte fått sina recept förnyade. Även återkoppling i chatt hade fungerat bra.  
En patient kunde berätta att han skulle önska någon form av genomgång eller återkoppling då och då. Det finns så mycket information i media och han kan fundera på om han gör rätt saker och om han tar rätt mediciner.  
Detta önskemål ledde till en idé om det skulle vara intressant med en föreläsning eller grupputbildning för blodtryckspatienter. Patienten tyckte att det låter mycket intressant och detta är ett önskemål som vi tar med oss vidare.

Vi behöver alltså bli bättre och tydligare på återkoppling av provsvar samt receptförnyelse i samband med patientens besök på mottagningen. Framöver skulle det vara mycket roligt om vi kan få till föreläsningar eller grupputbildningar för patienter med hypertoni. En patientbroschyr kan också bidra till att patienter känner att de har fått bra information.

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 starta upp en blodtrycksmottagning där även en sjuksköterska ingår.  
Vi upplever att vi kan utnyttja vår asynkrona chatt på ett positivt sätt, både i kommunikation med våra patienter men också som ett smidigt sätt för uppföljning av patienter som inte behöver, kan eller vill komma till oss just nu.  
Vi behöver förbättra våra rutiner kring återkoppling av provsvar och receptförnyelse.

**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](mailto: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.