

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Sickla Hälsocenter

Hypertoni 2024 del 1

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Sickla Hälsocenter

Verksamhetschef
Annette Stenberg

Verksamhetschefens e-post
Annette.stenberg@sicklahalsocenter.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: Christoph Bubeck

Profession: ST-läkare allmänmedicin

E-post: christoph.bubeck@sicklahalsocenter.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: Anna Hedlund, DSK, hypertoni-sjuksköterska,
Eftychia Pappa Winnberg, DL, MAL

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

B: frågeformulär i anslutning till besök på hypertoni-mottagning

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?

Hypertoni är den ledande, enskilde behandlingsbara orsaken till sjukdom och för tidig död. Trots att detta är allmän känd finns den en stor andel med patienter med oupptäckt hypertoni, eller hypertoni som inte behandlas enligt befintliga riktlinjer. En högre andel med patienter som får en optimal hypertoni-behandling skulle kunna förebygga mycket lidande för patienterna och kostnader för samhället. Enligt Medrave presterar Sickla Hälsocenter sämre än genomsnittet av vårdcentralerna i Stockholm vad det gäller patienter som uppnår målbloodtrycket enligt gällande riktlinjer. I patientgruppen hypertoniker <70år ligger i nuläget 11% på ett mottagningsbloodtryck <130/80mmHg vilket klassas som behandlingsmål enligt viss.nu. 63% klassas som avvikande med ett bloodtryck mellan 130/80 – 160/100mmHg och 10% klassas som starkt avvikande med ett bloodtryck >160/100mmHg. Vi vill förbättra våra resultat genom att öka andelen patienter som når ett bloodtryck <130/80mmHg samt sänka andelen patienter med bloodtryck >160/100mmHg. Detta förbättringsarbete fokuserar på patienter <70år med hypertoni eftersom störst nytta över tid kan åstadkommas i denna patientgruppen med en optimal behandling mtp på den långa förväntade överlevnaden.

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/verktyslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

1. öka andelen patienter som uppnår målblodtryck <130/80mmHg
2. sänka andelen patienter som ligger > 160/100mmHg
3. förbättra uppföljningsunderlag genom användning av strukturerad blodtrycksmätning i hemmet, särskild i patientgrupp med mycket avvikande blodtrycksvärden

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/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: tolerans i läkargruppen för icke-optimal behandling

1.1: information/uppföljning på läkarmöten
1.2: uppdatering av lokala riktlinjer
1.3: extra-besök för patienter som är mycket avvikande

2: osäkra mätvärden med enstaka mottagningsvärden eller berättade hembloodtrycksmätningar

2.1: ökad användning av strukturerad hembloodtrycksmätning
2.2:
2.3:

3: otillräcklig information till patienter till betydelsen av blodtrycksbehandlingen

3.1: uppföljning på SSK-led hypertoniomottagning som är nyetablerad på VC
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/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 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 startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med blodtryck <130/80mmHg</i>	11%, 70 patienter	2023-12-31	30%, 198 patienter	Medrave	<i>dec 2024</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter patienter med blodtryck >160/100mmHg</i>	10%, 69 patienter	2023-12-31	1%, 7 patienter	Medrave	<i>dec 2024,</i>
Indikator 3	<i>Antal hembloodtrycksmätningar</i>	24%, 159 patienter	2023-12-31	30%, 198 patienter	Medrave	<i>dec 2024</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2024</i>
<p>Kommentar (valfritt): <i>Källa: Medrave, Hypertoni, blodtryck, ålder <70, period 2023/01/01 – 2023/12/31, gränsvärden blodtryck systolisk 130/160, blodtryck diastolisk 80/100.</i></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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.</i></p>						
<p>Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)</p> <p>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/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>Vi vill stärka medvetenheten för blodtrycksbehandling och dess utmaningar på vår mottagning. Detta genom återkommande utbildningar och uppföljningar av resultaten under året i läkargruppen. Vi vill stärka patienternas delaktighet genom information kring sjukdomen hypertoni, betydelsen av optimal behandling, vikten av både livsstilsförändringar och farmakologisk behandling och användning av stukturerad hembloodtrycksmätning. Detta i samband med besök hos både läkare och hypertoni-sjuksköterska. Vi har inledd ett samarbete med Apotek Kronan i Sickla där patienterna som köper egen blodtrycksmätare får rabatterat pris, detta för att skapa förutsättning för hembloodtrycksmätning med egen mätare. Vi vill jobba särskild med patienterna som har ett starkt avvikande blodtryck och planera erbjuda dem förstärkt uppföljning med extrabesök på hypertoni-mottagning för justering av deras blodtrycksbehandling, uppföljning kring livsstil osv. Planen att alla</p>						

i gruppen kallas under året för extra-kontroll och följs av både läkare och sjuksköterska tills deras blodtrycksvärden inte längre klassas som starkt avvikande.

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)

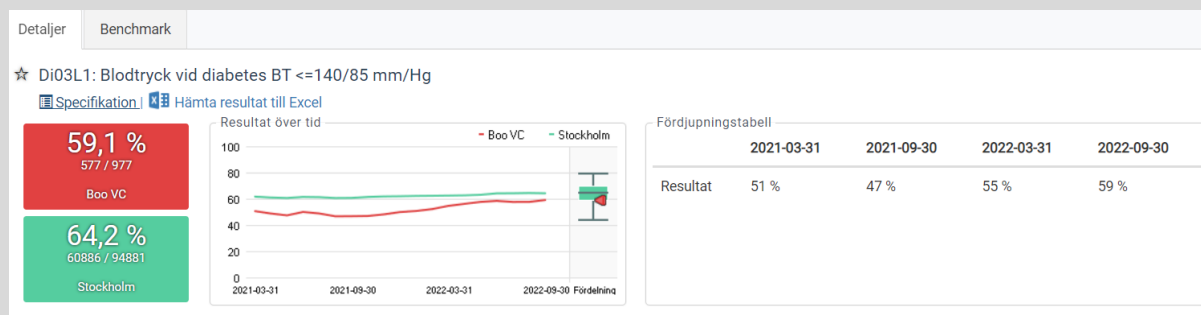
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

Vi har tagit ut statistik från MedRave vid 3 tillfällen under året. 1 gång under våren, 1 gång i augusti samt 1 gång i oktober. Efter det har vi presenterat och diskuterat den i läkargruppen för att öka medvetenheten kring behovet att förbättra blodtrycksbehandlingen för våra patienter med avvikande blodtryck. Patienterna med starkt avvikande blodtryck har genomgått en manuell journalgranskning om det fanns planerat uppföljning eller registrerade hembloodtryck eller 24-timmars-blodtrycksmätning som visade målvärden för blodtryck (dvs <130/80mmHg). Patienterna som hade varken planerat uppföljning eller registrerade målvärden för blodtryck kallades för ett uppföljande besök till antingen läkare eller hypertoni-sjuksköterska för genomgång av livsstilen och optimering av behandling.

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	Startläge (%)	Datum /period för	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för
--	--	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------

	med HbA1c över 70 mmol/mol	eller antal)	start-läge				resultat-värdet
Indikator 1	Andel patienter med blodtryck <130/80mmHg	11%, 70 patienter	20230101-20231231	30%, 198 patienter	15%, 108 patienter	Medrave	2024-12-31
Indikator 2	Andel patienter med blodtryck >160/100mgHg	10%, 69 patienter	20230101-20231231	1%, 7 patienter	5%, 34 patienter	Medrave	2024-12-31
Indikator 3	Antal hembloodtrycksmätningar	25%, 159 patienter	20230101-20231231	30%, 198 patienter	28%, 209 patienter	Medrave	2024-12-31
Indikator 4							T.ex. dec 2024
Indikator 5							T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

Av dem 34 patienter som fortsatt har starkt avvikande blodtryck har 10 st följts upp med hembloodtrycksmätning som visade målvärde endast lätt avvikande. Detta visas dock inte i MedRave som utgår från mottagningsblodtryck. Justerar man för dessa patienter blir total antal med starkt avvikande blodtryck 24 eller 3%, vilket är närmare målvärdet på 1% av alla patienter.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Blodtrycksbehandling är en komplex uppgift som utmanar både vårdpersonal och patienterna, dels för att patienter är så många, dels för att det är utmanande att hitta behandlingar som är effektiva och tolereras väl, dels för att det ställer höga pedagogiska krav att påverka både patienter och vårdpersonal på ett sett som förbättrar hypertonibehandlingen långsiktig.

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 genomförd patientenkäter eller dylikt men vi har strävat efter att öka patienternas delaktighet genom fokusering på hembloodtrycksmätning som involverar patienten själv i sin fortsatta 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 har etablerat en hypertoniansvarig ST-läkare som har som uppgift att presentera statistik var 3. Månad på gemensamma möten med läkarna och sjuksköterskor kring aktuell blodtrycksbehandling med både aktuell vården och långsiktiga trender för att öka medvetenheten i personalen kring hypertoni och dess behandling.

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.