

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Sköndals husläkarmottagning	
Verksamhetschef Annika Eriksson	Verksamhetschefens e-post annika.eriksson@storaskondal.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 del 1 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: Marie-Helena Fjällås
Profession:ST-läkare
E-post: Marie.helena.fjallas@storaskondal.se
Att involvera flera
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <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).
A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner
A: Carola Olsson, distrikssköterska

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

B: individuella samtal i samband med årliga uppföljningar hos dsk på hypertoniomtagning och hos läkare, vi efterhör aktivt deras synpunkter på hur mottagningen upplevs ha fungerat i samband med uppföljningar hos både distriktssköterska och läkare. Ett önskemål från patienterna har varit att de automatiskt blir kallade och vi försöker få till en väntelista.

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 gjorde ett förbättringsarbete avseende hypertoni för ett par år sedan och fick då bättre utfall vad gäller måltryck och uppföljning av längd och vikt. Nu ser vi att våra resultat blivit sämre igen. Vi har också noterat att flera av våra patienter inte varit på kontroller eller tagit prover på ganska lång tid, delvis på grund av att årskontroller av stabila patienter till stor del inte blev av under pandemin men de verkar inte heller komma igång ordentligt efteråt.

Under hösten 2023 har vi därför startat en hypertoniomtagning och vill följa upp vilken effekt det har haft.

Ur statistiken på medrave kan vi också se att vi har påtagligt sämre siffror vad gäller måltryck hos våra kvinnliga patienter. Arbetet syftar inte till att ta reda på varför det ser ut så, att det är med som indikator är för att se om en generell satsning på hypertoni jämnar ut skillnaden eller om vi behöver göra riktade satsningar senare.

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:

Högre andel patienter som når måltryck, har uppdaterade läkemedelslistor och där det finns aktuella labbprover. Vi har en stor andel hypertoni-patienter där totalcholesterol inte är registrerat och en ganska låg andel som ligger inom gränsvärdena, därför är det valt som indikator.

Läkemedelsgenomgångar kunde vi ej hitta att särskilja på diagnos, men då 904 (per 231231) av våra patienter har hypertoni-diagnos utgör de stor andel av våra listade. Att höja andelen patienter som fått läkemedelsgenomgång totalt borde därför ha effekt på våra hypertoni-patienter.

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:vi har inte haft några väntelister utan patienter har bokats för uppföljningar i samband med läkemedelsförnyelse eller när de själva bokar.

1.1:nystartad hypertoni-mottagning
1.2: uppmanat patienten till hemma mätning
1.3:Uppstart årlig väntelista

2:hög omsättning av personal (vilket lett till att uppföljningar gjorts väldigt olika)

2.1: Svårt att påverka
2.2:
2.3:

3:Läkemedelsgenomgångar har ej utförts regelbundet

3.1:Läkemedelsgenomgång i samband årskontroller
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 snabbspirometrietrer 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 ”balanserande 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	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 hypertonipatienter som har ett blodtryck <140/90</i>	49%	240101	60%	medr ave	241231
Indikator 2	<i>Skillnad i andel män/kvinnor som ligger under 140/90</i>	8,2% Män 56,7% Kvinnor 48,5%	240101	0	medr ave	241231
Indikator 3	<i>Andel hypertonipatienter som ligger under 2,6 i LDL-kolesterol</i>	38%	240101	50%	medr ave	241231
Indikator 4	<i>Andel patienter på mottagningen som haft läkemedelsgenomgång</i>	3%	240101	10%	medr ave	241231
Indikator 5	<i>Andel hypertoni patienter där aktuellt kolesterol värde finns</i>	66%	240101	90%	medr ave	241231

Kommentar (valfritt):

Startvärdena är de värden som fanns registrerade 231231 för perioden 230101-231231

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?

En hypertoni mottagning är uppstartad under hösten 2023 och kommer igång ordentligt nu under 2024. Planen är att kalla in våra hypertoni patienter på besök hos hypertoni sköterska. Vi hittar patienterna bl a när de hör av sig för att förnya läkemedel, både hypertoni läkemedel och andra och ska då hjälpas åt på hela mottagningen att boka in dem till årskontroll.

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?

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

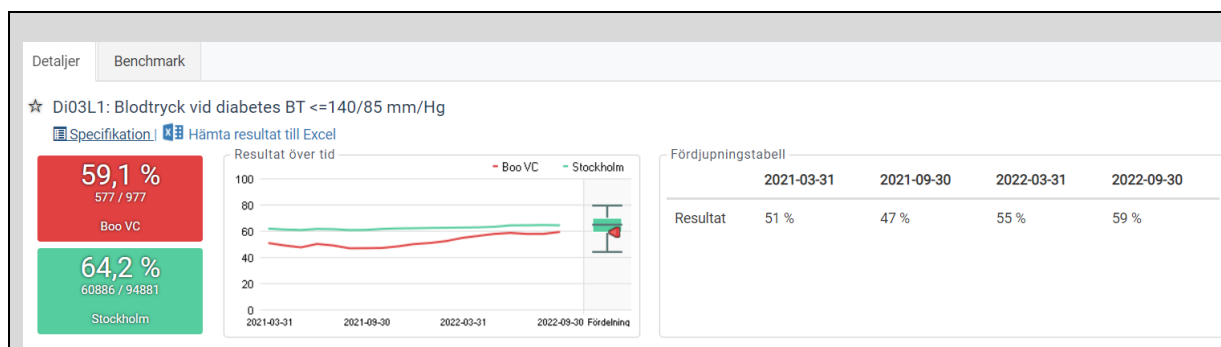
Den stora skillnaden jämfört med tidigare arbetssätt har varit att kunna följa upp patienterna mer aktivt i samband med ny diagnos, läkemedelsändringar eller när det varit lite svårare att ställa in blodtrycket. Tidigare har detta framför allt gjorts hos läkare och möjligheten tydligt begränsats av begränsade läkartider.

Förvisso ej kopplat specifikt till själva blodtrycksmottagningen har vi också startat upp samarbete med dietist på en annan vårdcentral vilket gjort att vi haft större möjligheter till livsstilsintervention.

Vi har också arbetat med att få till väntelistor för att öka andelen patienter som har uppföljning hos åtminstone endera läkare eller distriktssköterska. Tidigare har patienten själv fått boka besök, eller så har läkare kallat i samband med läkemedelsförnyelse.

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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel hypertonipatienter som har ett blodtryck <140/90	49%	240101	60%	54%	Medrave	241231
Indikator 2	Skillnad i andel män/kvinnor som ligger under 140/90	8,2% Män 56,7% Kvinnor 48,5%	240101	0%	1% Män 53% Kvinnor 54%	Medrave	241231
Indikator 3	Andel hypertonipatienter som ligger under 2,6 i LDL-kolesterol	38%	240101	50%	31%	Medrave	241231
Indikator 4	Andel hypertonipatienter där BMI är registrerat	28%	240101	60%	40%	Medrave	241231
Indikator 5	Andel hypertoni patienter där aktuellt kolesterol värde finns	66%	240101	90%	55%	Medrave	241231

Övriga kommentarer:

Hur många patienter som under året haft en läkemedelsgenomgång har inte gått att få fram då man i medrave valt att inte redovisa det och eftersom det inte längre ger någon extra ersättning och haft tveksam nytta är det heller inget kollegorna alltid fyller i. Därför har vi under året valt att stryka det som indikator. Istället valde vi att byta till hur väl vi följer vissa levnadsfaktorer som är av betydelse för patienternas blodtryck. Förutom samarbetet med dietist på en annan vårdcentral har vi också fått möjlighet till livsstilmottagning hos en sköterska på vår mottagning och även utvecklat vår diabetesmottagning med bättre möjligheter att följa upp levnadsvanor.

I detta skede valde vi att följa hur stor andel vi registrerar för att göra en slags screening på huruvida vi kommer ihåg att hjälpa patienterna se över sina levnadsvanor i samband med besök på mottagningen.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

För att kunna upprätthålla god kontroll över patienterna blodtryck och andra riskfaktorer är en strukturerad mottagning en stor hjälp. Vi såg att våra patienters värden förbättrades i samband med att en kollega gjorde ett förbättringsarbete på området, för att sedan försämrats igen när hennes projekt var slut. I samband med att vi öppnat en specifik blodtrycksmottagning med distriktssköterska har värdena återigen i stort förbättrats och man ser därför vikten med att insatser för förbättringar inte endast blir kortvariga.

Tydligast positiv skillnad ses i att skillnaden mellan hur många kvinnor och män som når ett måltryck <140/90 har minskat avsevärt, framför allt för att kvinnornas blodtryck förbättrats. Någon tydlig orsak till varför kan vi inte se, men den större möjligheten till uppföljning hos kvalificerad personal och därmed även möjligheten att diskutera sina levnadsvanor kan ha bidragit. Alla värden som är insamlade är inte specifikt från årskontroller hos läkare eller från blodtrycksmottagningen utan kan komma från andra besök på mottagningen. Vi vet därför inte om det är blodtrycksmottagningen som lett till att vi är bättre på att registrera patienternas BMI än tidigare, eller om det beror på exempelvis diabetesmottagningen eller mottagningen för psykisk ohälsa.

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?

Många patienter föredrar att mäta sitt blodtryck hemma framför att komma hit upprepade gånger för att kontrollera sitt blodtryck t ex i samband med läkemedelsändringar. Detta underlättar uppföljningen både för oss som får fler mätvärden som grund för ev ändringar och för patienten som inte behöver ta ledigt från sin sysselsättning.

Uppföljning har skett via telefon eller videobesök. Något som inte har mätts men av personalen upplevts ha ökat under året är användandet av 24h-blodtryck då många patienter uppgett olika värden här respektive hemma och önskat få göra en 24h-mätning innan justeringar/insättning av läkemedel påbörjats.

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.

Blodtrycksmottagningen kommer att fortsätta ungefär som den varit under året. Vi arbetar med att utveckla våra provtagningspaket för att säkerställa att vi har aktuella värden på fler patienter. Att kolesterol fallit ut ur provtagningspaketet i Take care kan vara en bidragande orsak till att vi har aktuella värden på färre patienter.

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.