

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Preventionsmottagning

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Tallhöjdens VC	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Ulrika Graan	Ulrika.graan@regionstockholm.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 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: Armel Bwende, Rana Faiq, Rebecka Lindh. Profession: ST läkare, DL, läkare, SSK E-post: Armel.bwende@regionstockholm.se rana.faiq@regionstockholm.se rebecka.lindh@regionstockholm.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 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: Vi kommer att involvera alla SSK+ DSK i gruppen samt samtliga i läkargruppen

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

B:

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 en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och demenssjukdom. Den största absoluta riskreduktionen för hypertoniorsakad hjärtkärlsjukdom, Rekommenderat målblodtryck är 130–139/70-79 mm Hg om detta tolereras väl. Hos de mest sjuka äldre kan det i många fall vara aktuellt att acceptera ett något högre blodtrycksläge. Enligt hypertoni-vårdprogrammet.

Tallhöjdens VC har 8000 listade patienter, enligt medrave journalen har vi idag 1793 patienter som har hypertoni-diagnos varav 29% har diabetes-diagnos som följas upp regelbundet pga. diabetes. Patienterna kommunicerar med vårdcentralen för att få recept och oftast noteras att patienterna inte har varit på årskontroll för provtagning en längre tid innan. Idag har vi en välfungerande diabetesmottagning som vi vill utveckla till en beredare form och för att inkludera patienter som har okomplicerade hypertoni patienter (HT utan diabetes eller andra hypertoni komplikationer) eller komplicerade hypertoni patienter som kräver täta uppföljning. Mottagning ska även omfatta patienter som förhöjd KV risker dvs. fetma och även rökare som behöver mer inriktade insatser för att minska risker för KV händelser.

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.

Hjärtkärlpreventionsmottagning

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:

Målet är att förbättra diagnostisk, uppföljning och behandling av patienter med hypertoni med bättre kontroll av andra riskfaktorer.

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: bristande kontinuitet

1.1: skapa väntelista för okomplicerade hypertoni patienter.
1.2: Skapa en strukturerat flödesschema för hypertoni patienter
1.3:

2: förbättra diagnostisk

2.1: sjuksköterska utbildning om utredning av hypertoni
2.2: utveckla mottagningsrutiner.
2.3: Flera 7 dagars blodtrycksmätningar

3: förbättra kontroll riskfaktorer

3.1: planera utbildning
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/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 ”balansera 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. Medr-ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter som har blodtryck under 140/90</i>	57 %	240118	65%	Medr-ave	<i>Dec 2024,</i>
Indikator 2	<i>Personalutbildning</i>	0 st	240216	4 st		<i>dec 2024,</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter där total kolesterol inte kontrollerat.</i>	32%	240118	15%	Medr-ave	<i>dec 2024</i>
Indikator 4	<i>Livsstil parametrar (fysisk aktivitet) registrering för att kartlägga behoven</i>	28%	240118	40%		<i>dec 2024</i>
Indikator 5	<i>Hem blodtrycksmätning</i>	7%	240216	25%	Medr-ave	<i>dec 2024</i>

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 fikarummet, 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 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?

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.

I teamet har vi hittills diskuterat att vi kommer att arbeta fram nya rutiner:

1. sjuksköterskorna/DSK. Att när patienterna ringer in till mottagningen för receptförnyelse så ska det kontrolleras när dom senast var på årskontroll. Om detta var över 1 år sedan så ska årskontroll bokas in.

Inför årskontrollen har vi redan en bra rutin där vi har ett provtagningspaket som tas inför läkarbesöket.

2. Vi ska även arbeta fram en väntelista för okomplicerade hypertoni patienter som kan komma på årsbesök till sjuksköterska/DSK som då tar blodtrycket, planerar in för 7 dagars blodtrycksmätning eller 24 timmars blodtrycksmätning om detta behövs. Under detta besök får patienten utbildning i livsstils förändring och får möjlighet att ställa frågor osv.
 3. Skapa ett flödesschema för hypertoni patienter som innefattar både läkare och sjuksköterska, tex ssk besök inför läkarbesök med blodtryckskontroll samt bedömning om 7 dagars blodtrycksmätning bör genomföras inför läkarbesöket. Detta kommer att bidra till att läkaren kan göra en bättre bedömning för att det finns mer underlag inför besöket.
 4. Personalutbildning för SSK/DSK som kan följa upp hypertoni patienter efter medicinjustering som även kan göra olika medicinjusteringar efter flödesschema
 5. Genom att göra fler 7 dagars blodtrycksmätningar kommer detta att bidra till att patienterna får en bättre insikt i sitt blodtryck och blir mer involverade i sin sjukdom
 6. Gå igenom patienterna som ej har kontrollerat blodfetterna
- Vi planerar att inom 1 månad fått fram ett flödesschema, detta kommer göras tillsammans
 - SSK Rebecka kommer att informera sköterskegruppen om förbättringsarbetet och informera om den nya rutinen att kontrollera alla recept som kommer in och boka för årskontroll
 - Läkarna kommer att informera läkargruppen under deras läkarträff om förbättringsarbetet
 - Tillsammans med mottagningens chef och läkargruppens chef kommer vi inom 2 månader att planera in för en utökad diabetesmottagning där hjärt och kärlprevention ingår och då starta upp med en väntelista för hypertoni patienter

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 började med att ha flera utbildningar för sjuksköterskegruppen kring hjärt-och kärlprevention, vilka riktlinjer som finns och vilka mål som ska följas. Vi utformade en flödesschema från VISS kring utredning vid hypertoni, kartläggning samt riktlinjer vid årskontroll och vad som ska ingå i en årskontroll. Vi har även utformat en provtagnings kit på labb inför besöken. Vi började sedan att boka lättare årskontroller för hypertoni till SSK mottagningen. Vi hade utbildning kring rätt dokumentation. Inför varje årskontroll kontrolleras proverna och vid behov sker bedömning tillsammans med läkare. Vi började även utföra fler 7 dagars hembloodtrycksmätningar för att involvera patienterna. Vid varje årskontroll förklarade vi för patienterna kring rutinerna på Tallhöjdens VC att patienterna träffar sjuksköterska vartannat år och vartannat år läkare men att individuella bedömningar och uppföljningar kan ske. Vi fortsätter även med 24 timmars blodtryckskontroll två dagar i veckan vilket fungerar bra.

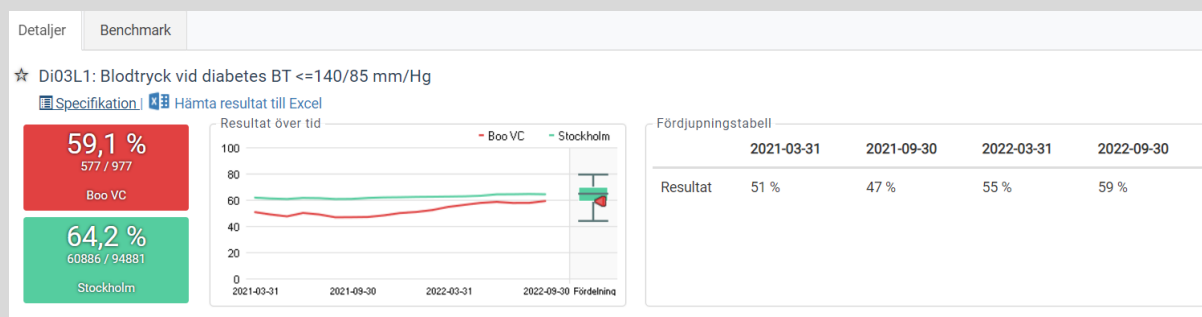
Vi har även gått igenom väntelistan för lättare årskontroll som kommer till SSK mottagningen. Dessa patienter har endast Hypertoni som kronisk diagnos och står endast på Hypertoni eller Hyperlipidemi läkemedel. Dessa patienter kallar vi nu 3 stycken i veckan. Vi har en läkare som hjälper oss i bedömningen kring vilka patienter som ska komma och vara med på den väntelistan om det uppkommer funderingar eller frågor.

Vi har även tagit ut en lista från MEDRAVE över alla hypertoni patienter som ej varit hos oss senaste 15 månaderna, dessa patienter håller vi på att gå igenom och kallar dom som behöver komma på besök, dessa är 350 patienter. Vi har även skrivit ut en lista från MEDRAVE med alla patienter som endast har hypertoni, dessa patienter kan komma till SSK mottagningen. Denna lista består av ca 650 patienter och det är ett arbete vi håller på med att lägga in på väntelistan som sedan kommer att rulla på SSK mottagningen.

Vi har sedan kontinuerlig utbildning när det kommer ny personal i hur våra rutiner på arbetsplatsen fungerar. Vi stämmer även av i gruppen kontinuerligt kring hypertoni patienterna och vi har möjlighet att fråga och diskutera patientfall med varandra i gruppen samt med läkargruppen.

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	<i>Andel patienter som har blodtryck under 140/90</i>	57 %	240118	65%	54%	Medrave	Dec 2024,
Indikator 2	<i>Personalutbildning</i>	0 st	240216	4 st	4 st		Dec 2024,
Indikator 3	<i>Andel patienter där total kolesterol inte kontrollerat.</i>	32%	240118	15%	26%	Medrave	Dec 2024,
Indikator 4	<i>Livsstil parametrar (fysisk aktivitet) registrering för att kartlägga behoven</i>	28%	240118	50%	39%	Medrave	Dec 2024,
Indikator 5	<i>Hem blodtrycksmätning</i>	7%	240118	25%	10%	Medrave	Dec 2024,

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Arbetet har ökat kunskapen framförallt i sjuksköterskegruppen kring hjärt-kärlprevention. Med hjälp av flödesschema, en bra mall för dokumentation och utbildningar har kunskapen ökats. Vårdcentralen arbetar på ett mer tvärprofessionellt arbetssätt än tidigare där fler yrkeskategorier är involverade i patientens vård för att göra vården mer effektiv och bättre för patienterna. Även patienterna har fått en ökad kunskap tack vare fler hemblodtrycksmätningar och fler rådgivande samtal. Vi har lärt oss att det krävs mycket resurser för att kunna ge patienterna en säker vård.

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?

Patienterna har blivit mer delaktiga i vården då vi dels informerar patienterna kring vårt arbete på vårdcentralen. Att patienterna får komma vartannat år till sjuksköterska och vartannat år till läkare. Patienterna har fått mer information i hur dom själva kontrollerar blodtrycket på ett korrekt sätt.

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 kommer att fortsätta att arbeta med hypertoni-väntelistan. Genom att arbeta med Medrave har vi kunnat hitta fler hypertoni patienter som ska stå på väntelistan till ssk mottagningen. Vi har inte hunnit lägga in alla patienter på väntelistan än men detta arbete kommer att fortgå, vi har hittat ungefär 600 patienter. Denna väntelista kommer att hjälpa oss att få ett bra flöde på hypertoni patienterna för att inte missa någon. Tack vare att alla sjuksköterskor och DSK i gruppen kan utföra årskontroll för hypertoni patienterna kan vi nu kalla fler patienter, detta har medfört att vi träffat fler patienter vilket kan ses i resultatet på livsstils dokumentation samt att fler gör hemblodtrycksmätningar. Sedan har resultat över andel patienter som har blodtryck under 140/90 minskat och detta tror vi beror på att vi träffar fler patienter som vi nu arbetar med. Så planen med

detta arbete är att fortsätta med väntelistan, att involvera flera professioner och patienterna själv. Vi kommer även att fortsätta med utbildningar för hela kroppen för att bibehålla kunskapen samt förnya kunskapen kring hjärt-kärlprevention för att hålla oss uppdaterade om den nyaste forskningen i ämnet.

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 forbättringsarbeten.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.