

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Telefonplans Vårdcentral	
Verksamhetschef Ingemar Gustafsson	Verksamhetschefens e-post ingemar.gustafsson@ptj.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: Marcus Ivarsson
Profession: ST-läkare
E-post: marcus.ivarsson@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">• 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 sidosjövård, 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p> <p>A: Karolina Schönemyr, Distriksjuksköterska</p> <p>B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p>

B: Enkät i samband med besök på vår nystartade hypertoniomtagning för sjuksköterskor. Från och med 01/06 t.o.m 01/09. Svar på enkäten kommer att sammanställas och redovisas på Läkarmöte.

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 hade i December 2023 genomgång med Apotekare ifrån Akademiskt primärvårdscentrum där vi fick feedback på att en stor andel av våra patienter med hypertoni har höga blodtrycksvärden. 745 av våra 9560 listade patienter har fått en hypertoni diagnos de sista 5 åren. Av dessa patienter med registrerade blodtryck de sista 18 månaderna har 48,7% uppmätta blodtryck <140/90. Detta jämfört med medel i Stockholms Region som ligger på 52,9%.

Detta dåliga resultat ihop med att vi redan har påbörjat en process för uppstart av en sjuksköterskemottagning för våra hypertoni patienter inspirerade detta förbättringsarbete. Syftet med sjuksköterskemottagningen är dels att uppnå vårt mål att alla patienter med hypertoni diagnos genomgår minst en årskontroll per år, vi vill därför undersöka och förbättra hur stor andel av våra patienter som har ett uppmätt blodtrycksvärde sista året.

Vi misstänker att vårt dåliga resultat delvis beror på att vi i nuläget är dåliga på att registrera hembloodtryck samt 24-timmars mätningar på korrekt sätt i journalen. Vi vill förbättra detta och se om det gör skillnad på resultaten hos vård hypertoni patienter.

Upplever även att en stor andel av våra patienter har bristande compliance till sin blodtrycksmedicinering och vill undersöka anledningar till detta med en patientenkät.

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/verktygslada-forbattningstrappa/ Formulera här era mål:	
Övergripande mål: - Förbättra omhändertagandet av våra hypertonipatienter för att förebygga framtida hjärt och kärlsjukdom Specifika mål: - Öka andelen patienter med hypertonidiagnos som uppnår ett blodtryck <140/90 - Öka andelen patienter med uppmätt blodtryck på eller via vårdcentralen sista året - Implementera sökord för hembloodtrycksmätning samt 24-timmars blodtrycksmätning - Upprätta en tydlig rutin för vår nystartade sjukskötersmottagnin för hypertonipatienter - Få ökad förståelse gällande patienters compliance till blodtrycksmedicinering	
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: : Avseende andel patienter med uppmätt blodtryck sista året, brist på läkartider för årskontroll	1.1: Öka tillgängligheten till årskontroller genom sjuksköterskemottagning för hypertonipatienter 1.2: 1.3:
2: Vi registrerar i nuläget inte hembloodtrycksmätning/24-timmars mätningar i rätt mall i Take Care vilket gör att de ej tas i Medraves statistik.	2.1: Implementera dessa sökord i våra mallar för läkar/ssk besök. 2.2: Informera personalen om ovanstående mallar på personalmöten 2.3:
3: Bristande compliance till ordinerad blodtrycksmedicinering	3.1: Enkät i samband med besök på nystartad ssk-mottagning för att kartlägga compliance och orsaker till bristande compliance 3.2: 3.3:
Mått och mätetal (indikatorer) <ul style="list-style-type: none"> • 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 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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med hypertoni diagnos med blodtryck <140/90</i>	48,7%	2024-02-26	52,9%	Medrave	2024-12-31
Indikator 2	<i>Andel patienter med hypertoni diagnos med bt <140/90, hembt <135/85 eller medel på 24-h bt-mätning <130/80</i>	-	2024-02-26	60%	Medrave	2024-12-31
Indikator 3	<i>Andel patienter med hypertoni diagnos med uppmätt blodtryck sista 12-månaderna</i>	88%	2024-02-26	95%	Medrave	2024-12-31
Indikator 4	<i>Andel patienter med hypertoni diagnos med registrerad 24-timmars blodtrycksmätning</i>	0,15%	2024-02-26	5%	Medrave	2024-12-31
Indikator 5	<i>Andel hypertoni patienter med registrerat hembloodtryck</i>	4%	2024-02-26	10%	Medrave	2024-12-31

Kommentar (valfritt): Indikator 2, inget utgångsvärde med tanke på så få registrerade hembloodtryck/24-timmars blodtryck vid uppstart.

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.

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 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?

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.

- Ta hjälp av administrativ vårdpersonal för att implementera take-care sökord för hembloodtrycksmätning samt 24-timmars blodtrycksmätning i våra mallar.
- Boka in fler patienter till vår ssk hypertoniomottagning (Har redan startat på liten skala).
- Ta fram tydlig rutin för vår ssk hypertoniomottagning.
- Utforma enkäter gällande compliance och be patienter fylla i dessa vid besök på ssk hypertoniomottagning.
- Följa upp ovanstående mätetal en gång i kvartalet.

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)**

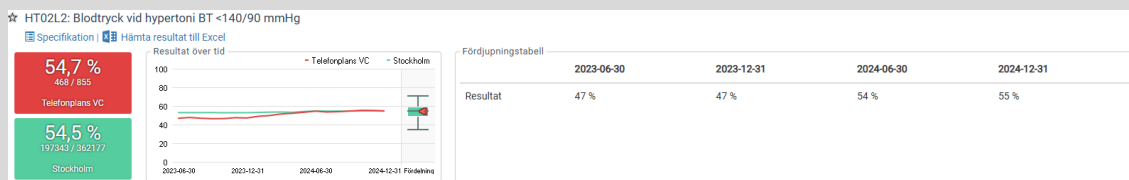
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

- Har startat upp sjuksköterskemottagning för hypertoni-patienter, upprättat rutin för detta och under perioden med förbättringsarbetet gjort justeringar i rutinen. 2 sjuksköterskor arbetar nu regelbundet med hypertoni-patienter enligt rutin som är bifogad som bilaga 2.
- Skapat en separat journalmall med sökord för hembloodtryck och 24-timmars blodtryck.
- Informerat nya medarbetare samt på professionsmöten för läkare och sjuksköterskor om ovanstående rutin för sjuksköterskemottagning samt ny journalmall. Under dessa tillfällen också blivit en mer generell diskussion kring hypertoni-patienter som vi tror bidragit till förbättrat resultat.

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	Andel patienter med hypertoni diagnos med blodtryck <140/90	48,7%	2024-02-26	52,9%	54,7%	Medrave	2024-31-12
Indikator 2	Andel patienter med hypertoni diagnos med bt <140/90, hembt <135/85 eller medel på 24-h bt-mätning <130/80	-	2024-02-26	60%	59,5%	Medrave	2024-31-12

Indikator 3	Andel patienter med hypertoni diagnos med uppmätt blodtryck sista 12-månaderna	88%	2024-02-26	95%	80%	Medrave	2024-31-12
Indikator 4	Andel patienter med hypertoni diagnos med registrerad 24-timmars blodtrycksmätning	0,15%	2024-02-26	5%	1%	Medrave	2024-31-12
Indikator 5	Andel hypertoni patienter med registrerat hembloodtryck	4%	2024-02-26	10%	12%	Medrave	2024-31-12

Övriga kommentarer:

Excellfil med ovanstående värden mätta över tid finns bifogad.

17 patienter har i samband med hypertoni sjuksköterskemottagning fått svara på följande fråga gällande compliance: "Tar du din blodtrycksmedicinering enligt vad som står i din läkemedelslista". 11/17 svarade ja. 6/17 svarade nej.

Av de som svarade nej berodde det enligt 5 patienter på att deras läkare ej uppdaterat läkemedelslistan utifrån vad som tidigare bestämts gällande sin medicinering. En patient hade självmant slutat med en blodtrycksmedicin då hon tyckt att hon haft låga mätvärden vid hembloodtrycksmätningar.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

- Vi har nu en sjuksköterskemottagning med tydlig rutin som arbetar med hypertoni patienter. Tror att det är ett positivt resultat som påvisats i detta arbete gällande andel hypertoni patienter som når behandlingsmål.
- Att upprepat synliggöra en patientgrupp genom att de nämns inom personalgruppen på t.e.x. möten tror vi också bidrar till bättre resultat.
- Vi har en nedåtgående trend gällande andel patienter med uppmätta blodtryck senaste året. Vi misstänker att detta har 2 huvudsakliga förklaringar:

1. Ökad användning av mätning av hembloodtryck och 24-timmars blodtrycksmätning och journalföring av dessa.
2. Vi har frångått tidigare system med att kalla patienten från väntelista nu istället kalla patienter i samband med receptförnyelse av blodtrycksläkemedel samt överlagt mer ansvar på patienter själv att boka in sig för årskontroll. Finns förhoppning om att detta kommer fungera bättre med tiden då både patienter och personal vänjer sig vid det nya systemet, behöver dock följas upp inom kort och möjligen revideras med återgång till tidigare system med väntelista.

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?

Patienter har efterfrågats gällande compliance till sin blodtrycksmedicinering för att undersöka vad som leder till att ordinationer ej alltid följts.

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.

- Fortsatt informera nyanställd personal om vår nya rutin kring hypertoni-patienter inklusive vår nya journalmall.
- Följa upp nuvarande system där vi frångått att kalla från väntelista och eventuellt revidera detta framåt.
- Eventuellt skaffa ytterligare en hembloodtrycksapparat.

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.