

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

Vasastans VC Hypertoni 2024 del 1 och 2

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Vasastans Vårdcentral	
Verksamhetschef Jakob Nowakowski	Verksamhetschefens e-post Jakob.nowakowski@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: Soar Maronesi
Profession: DL
E-post: soar.maronesi@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 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p> <p>A: Iliya Ferdossian (enhetschef/ssk), Soar Maronesi(DL), Kristin Steinholtz (ssk).</p> <p>B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p>

B: Diskussion med patient i samband med uppföljning och årskontroll.

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?

Eftersom hypertoni-patienter utgör en stor del av de kroniska sjukdomarna och behandlingen av hypertoni är mycket kostnadseffektiv, har vi identifierat ett förbättringsbehov inom detta område. Genom att förbättra vår hantering av hypertoni vill vi minska risken för stroke och hjärtsvikt, och därmed främja våra patienters hälsa och välmående. Enligt våra data har cirka 40% av våra patienter med hypertoni ett blodtryck som ligger under målvärdet 140/90, vilket är något lägre än riksgenomsnittet på cirka 46% och Stockholmsområdets snitt på cirka 50%.

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-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Att minst 50% av våra patienter med högt blodtryck ska ha blodtryck under 140/90.

Idéer till lösningar (För att nå målen)

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/	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: Dokumentation	1.1: Använda rätt sökord, journalmall 1.2: 1.3:
2: Kunskap hos personal	2.1: Fortbildning 2.2: 2.3:
3: uppföljning	3.1: SSK led hypertoniomtagning 3.2: Utvärdering av nyinsatt medicin. 3.3: Årskontroll

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 "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	Nuläge = Startläge	Datum/period för start Läge	Mål	Källa	Datum för att uppnå målvärdet 20241230
Indikator 1	Andel patienter med hypertoni som har blodtryck <140/90	39,5	2023-12-31	>50%	Medrave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Andel patienter med kronisk sjukdom där tobaksvanor uppmärksammats	44,9	2023-12-31	>50%	Medrave	T.ex. dec 2024, ska vara i

						<i>slutet av året</i>
Indikator 3	Andel patienter med kronisk sjukdom där alkoholvanor uppmärksammats	30,3%	2023-12-31	>35%	Medrave	<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5						<i>T.ex. 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 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 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?

Planera: Först och främst planerar vi att genomföra utbildning både vad gäller hantering av hypertoni och korrekt dokumentation. Vi kommer att starta en sjuksköterskeledd hypertoniomtagning och involvera patienterna i sin sjukdom och dess åtgärder.

Genomförande: Vi har genomfört en första utbildning om hypertoni och rekommenderade behandlingsmål enligt VISS.NU. Vi har även påbörjat rutiner för att etablera en sjuksköterskeledd hypertoniomtagning.

- Varje kvartal kommer vi att genomgå Medrave för att undersöka andelen patienter som inte har uppnått sina mål.
- Vi kommer att fortsätta att genomgå av dokumentationsteknik varje kvartal i samband med våra APT-möten.

Åtgärder:

- Vi kommer att boka patienter för utvärdering av behandling efter nyinsatt behandling på SSK-mottagningen.
- Vi ska informera patienterna om deras ansvar att boka årliga kontroller.

- Patienterna förväntas lämna veckokontrollrapporter om hypertoni efter medicinjustering, med uppföljning antingen digitalt via vår egen plattform MITT PTJ eller genom brev/Kivra med instruktioner för fortsatt handledning.

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

1. Skapandet av ett hypertoniteam Första steget var att bilda ett dedikerat hypertoniteam som ansvarar för att utveckla och implementera rutiner för hypertoni behandling. Målet är att förbättra resultaten genom att följa upp och säkerställa att blodtrycksmål uppnås. Teamet består av medicinskt ansvarig läkare (MAL), enhetschef och ansvarig sjuksköterska. Deras uppgift är att ta fram riktlinjer som täcker hela processen, från att identifiera patienter med hypertoni till att säkerställa att blodtrycksmål nås.

2. Utbildning av personal Steg två har varit att genomföra utbildningar för all personal, oavsett yrkeskategori, för att tydliggöra deras roller i hanteringen av hypertoni. Utbildningen omfattade hur samarbetet mellan olika yrkesgrupper skulle ske och betonade vikten av ett samordnat arbetssätt.

3. Standardisering av rutiner Vi har skapat detaljerade skriftliga rutiner för diagnos och behandling, med särskilt fokus på åldersspecifik vård (över 80 år eller under 80 år). Rutinerna inkluderar hur blodtrycket ska mätas, vare sig det görs genom hembloodtrycksmätning, 24-timmars blodtrycksmätning, eller på mottagningen. Dessa rutiner säkerställer en enhetlig metodik i blodtryckshanteringen.

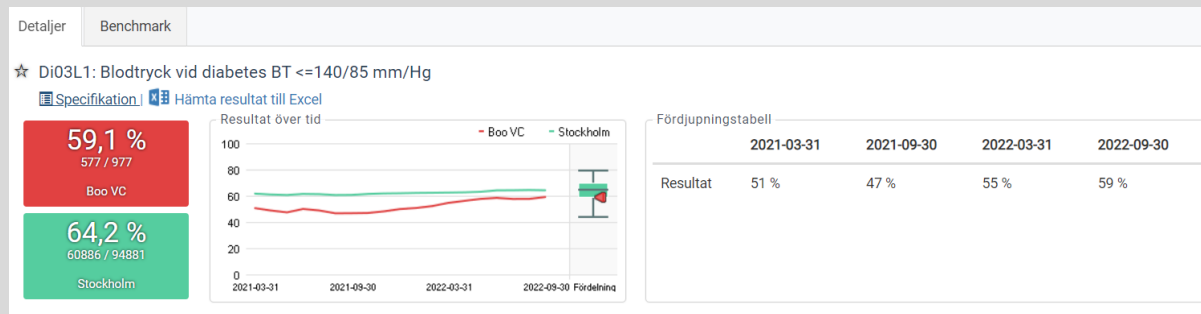
4. Förbättrad dokumentation Vi har utbildat personalen i att använda rätt mallar och sökord för att förbättra dokumentationen av blodtryckskontroller. Detta inkluderar att standardisera användningen av journalmallar och säkerställa att all dokumentation följer samma strukturerade process.

5. Fortbildning och uppdatering av rutiner Slutligen har vi infört rutiner för att hålla personalen uppdaterad. Nyanställda får en introduktionsutbildning och vi skickar regelbundet anställda på fortbildning för att säkerställa att de senaste riktlinjerna följs. Detta skapar kontinuitet i arbetet och bibehåller en hög vårdkvalitet.

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 patienter med hypertoni som har blodtryck <140/90	39,5%	231231	>50%	45,3%	Medrave	dec 2024
Indikator 2	Andel patienter med kronisk sjukdom där tobaksvanor uppmärksammats	44,9%	231231	>50	54%	Medrave	dec 2024,
Indikator 3	Andel patienter med kronisk sjukdom där alkoholvanor uppmärksammats	30,3	231231	>35	39,7	Medrave	T.ex. dec 2024
Indikator 4							T.ex. dec 2024
Indikator 5							T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

I vårt arbete med att förbättra vården för patienter med hypertoni och kroniska sjukdomar har vi verkligen insett hur viktigt det är att ha tydliga och strukturerade rutiner på plats. Genom att starta ett hypertoniteam, utbilda personalen och se till att dokumentationen är enhetlig, har vi lyckats förbättra våra resultat betydligt. Vi har också förstått hur viktigt det är att prata om tobak- och alkoholvanor hos patienter med kroniska sjukdomar, så att vi kan ge en mer heltäckande vård. Vårt strukturerade arbetssätt har skapat en större medvetenhet och bättre samarbete mellan alla yrkesgrupper, vilket i slutändan gynnar våra patienter.

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 i stor utsträckning använt oss av hembloodtryckskontroller och genomfört en systematisk genomgång av patienternas levnadsvanor med hjälp av standardiserade formulär, antingen via 1177 eller i pappersform som skickas direkt till patienten. Detta har bidragit till ökad delaktighet och engagemang från patienternas sida, vilket har haft en positiv inverkan på att uppnå de uppsatta behandlingsmålen. Vidare har vi aktivt inhämtat feedback från patienterna angående vårt arbetssätt, vilket har varit ovärderligt för vår fortlöpande kvalitetsförbättring. Vårt arbetssätt bygger på ett nära

samarbete mellan läkare och sjuksköterskor, vilket möjliggör en helhetsorienterad syn på patienten och en skraddarsydd individuell planering.

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.

Hypertoniområdet är omfattande, och det finns fortfarande betydande möjligheter till förbättring. Som framgår av våra resultat har vi inte uppnått målet om en andel patienter med blodtryck under 140/90 mmHg, trots en tydlig förbättring jämfört med startdatumet. Vi har därför beslutat att fokusera vårt förbättringsarbete nästa år på att vidareutveckla insatserna inom hypertoni. Målet är att rikta vårt arbete mot andra viktiga hälsorelaterade indikatorer, såsom fysisk aktivitet – inklusive aktiv förskrivning av FaR, vikt, kost och optimering av behandling. Genom att skapa en helhetsbild av våra patienters livsstil och behandlingsmetoder kan vi erbjuda mer individanpassade och effektiva vårdalternativ. Vi planerar också att involvera patienterna aktivt i denna process för att främja deras engagemang i egenvård och livsstilsförändringar som kan förbättra deras hälsa. Vidare är vi medvetna om vikten av fortbildning för all personal samt en strukturerad inskolning av nya medarbetare för att säkerställa en kontinuerlig hög kvalitet i vården.

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.