

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1

Sköterskeledd hypertonimottagning på Djursholms HLM/Stocksunds VC

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Djursholms HLM/ Stocksunds VC	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Andreas Dahlqvist	Verksamhetschefens e-post Andreas.dahlqvist@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Linda Jäderstad	Kontaktpersonens e-post Linda.jaderstad@regionstockholm.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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2025**, **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 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026** **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 forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

Radera EJ text i grå fält.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetssätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Linda Jäderstad
Profession: Specialist i allmänmedicin, medicine doktor.

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 två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock 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) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Linda Jäderstad, distriktsläkare, Regina Richardsson, distriktsköterska

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

B: Ej i fokus för detta förbättringsarbete

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Idag handlägger varje enskild läkare sina patienters blodtryck, bedömer behov av vidare utredning och/eller medicinoptimering mm. Detta kan kräva flera mottagningsbesök, skapa en undanträngningseffekt och ytterst en svårmanövrerad patientlista.

Vi har även noterat att antalet patienter på våra mottagningar med diagnosen "I109, essentiell hypertoni" inte riktigt motsvarar för prevalensen i samhället.

Vi ämnar vi utnyttja kompetensen hos mottagningens distriktsköterskor dels för 1) hypertoniagnostik och blodtrycksoptimering i syfte att öka incidensen "I109, essentiell hypertoni", dels 2) Frigöra mottagningstid för läkare

Som ytterligare fokus tillkännager vi vikten att formulera målblodtryck, och öka antalet patienter som har detta angivet i sin journal.

Arbetet sker enligt IPL modellen (interprofessionellt lärande) där distriktsköterskor använder ambulatoriska mätningar/ hembloodtrycksmätning i utredningssyfte samt vid diagnos använder samma metod för att utvärdera läkemedelseffekt. Enligt IPL modellen så arbetar distriktsjuksköterskor självständigt, där läkare kan konsulteras med lätthet.

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.

Distriktsköterskeledd hypertoniomtagning

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Identifiera fler hypertonipatienter i syfte att förhindra sjukdom och förtidig död, med metoder som har bättre evidens än det klassiska "in doctors office" dvs ambulatorisk blodtrycksmätning samt standardiserande hemtrycksmätningar.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Resursbrist

1.1: Utnyttja/öka kompetens i andra professioner
1.2:
1.3:

2: I nuläget en icke-existerande struktur

2.1: Frigöra DSK till "hypertoniomtagning"
2.2: Använda ambulatoriska blodtrycksmätningar samt webformulär i 1177
2.3: Skapa ett patientcentrerat förhållningssätt genom överenskommelse och följsamhet mellan vårdgivare och patient.

3: Krånglig att hitta journalmallar

3.1: Strategiskt valda journalmallar, förenkla journalföringen
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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbatteringstrappa/>

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.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten 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. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	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	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Antal patienter med ICD diagnos "I109"</i>	1265 st	241231	+15%	Primärvårdskvalitet	251231
Indikator 2	<i>Andel patienter med hypertoni som har BT <140/90</i>	46,3%	241231	55%	Primärvårdskvalitet	251231
Indikator 3	<i>Antal hemmablodtrycksmätningar</i>	16 st	250224	+50%	Medrave	260130
Indikator 4	<i>Antal patienter med "målvärde blodtryck" registrerat</i>	202 st	250224	+50%	Medrave	260130
Kommentarer (valfritt):	<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</i></p>					

<i>insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang</i>					
--	--	--	--	--	--

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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 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?

Inkomna ärenden via TeleQ/Alltid Öppet/DSKmottagning/USK mottagning där det föreligger misstanke om hypertoni bokas till utsedd undersköterska som informerar om 1) Ambulatoriskt blodtryck alt 2) Hemmablodtrycksmätning. För svar och ställningstagande medicinering bokas dessa in på "hypertonimottagning" där även målblodtryck formuleras utifrån senaste rekommendationer/prover tas efter behov. Läkarkonsultation vid behov. Uppföljning via hypertonimottagningen så att angett målblodtryck uppfylls inom 3 månader.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2025 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 2025 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

**DEL 2 – Slutredovisningen
(dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

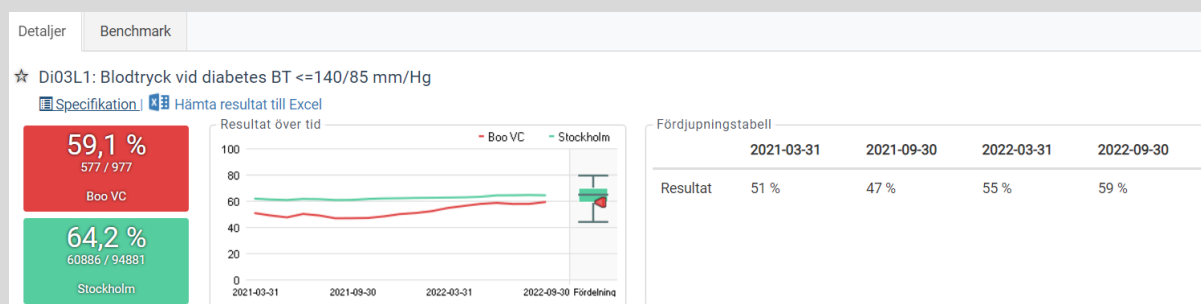
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

Under året har vi främst fokuserat på interprofessionellt lärande, skapat en mycket populär och välfungerande drop- in mottagning på Stocksunds VC som drivs av distriktsläkare och distriktsköterska. Arbetet har skett i team och har ökat tillgängligheten för listade patienten. På denna mottagning har även blodtryckkontroller aktiv tagits som screening av förhöjda blodtryck och där uppföljning/medicinoptimering tillika skett. Uppföljning har även kunnat ske via DSK drivna mottagningar där läkare kunnat konsulteras.
Projektet har dock presenterats på arbetsplatsträffar, diskuteras både intra- och interprofessionellt.

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	Antal patienter med ICD diagnos "I109"	1265 st	241231	+15%	1476 st	Primärvårds kvalitete	251231
Indikator 2	Andel patienter med hypertoni som har BT <140/90	46,3%	241231	55%	48,7%	Primärvårds kvalitete	251231
Indikator 3	Antal hemmablodtrycks mätningar	16 st	250224	+50%	74 st	Medrave	260130

Indikator 4	<i>Antal patienter med "målvärde blodtryck" registrerat</i>	202 st	250224	+50%	237 st	Medra ve	260130
Övriga kommentarer:							

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vikten av interprofessionellt lärande och mervärdet det innebär för patienten.

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?

Patienten erhåller muntlig och skriftlig information om deras individuella målvärde blodtryck. De informeras om de grundliga kohortstudierna som genererat hundratusentals observationsår samt om de metaanalyserna som tydligt visar vikten av god blodtryckskontroll.

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.

Vid kvalitetsarbetets start var Djursholms HLM och Stocksunds VC en gemensam vårdenhet men har under projektets gång blivit två ekonomiskt och praktiskt två separata enheter som har till viss del försvårat arbetet och tillhörande analyser. Det har till exempel varit svårt att som ensam specialist i allmänmedicin på Stocksunds VC föreläsa om projektet på annan mottagning i och med förfrågningsunderlaget närvarokrav av minst en specialist i allmänmedicin. Framtida kvalitetsarbeten kommer sannolikt bli logistiskt enklare, i och med att ett kvalitetsarbete i grund är ett kontinuerligt arbete som inte byggs på punktvisa insatser, som gynnas/underlättas genom fysisk närvaro på involverad vårdenhet.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan förbättringsarbeten.apc.slso@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") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

