

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Hypertoni*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Abrahamsbergs vårdcentral	
Verksamhetschef Mikael Pettersson	Verksamhetschefens e-post Mikael.pettersson@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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, 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 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.. Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se. Radera EJ text i grå fält.	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Caroline Magnusson Profession: Distriktssköterska E-post: caroline.magnusson@regionstockholm.se
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 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 B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
A: Madelaine Tejme , distriktssköterska Eva Hollbeck, undersköterska Terese Hyberg Jönsson ST-läkare Cindy Opel medicinsk sekreterare

B: För att involvera våra patienter i utformning av rutiner kommer vi använda oss av förslagslåda

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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

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 av de största patientgrupperna inom primärvården som också står för många besök på vårdcentralen. Forskning visar att ju tidigare i sjukdomsförloppet som målblodtryck uppnås desto mindre risk att utveckla komplikationer. Senaste året har det kommit nya behandlingsriktlinjer för hypertoni. Utifrån data i Medrave visar det sig att 1/3 av samtliga patienter med diagnos hypertoni uppnår blodtryck 130/80 mmHg. Denna siffra är relativt låg. Utifrån data i primärvårdskvalitet så ligger Abrahamsbergs vårdcentral något bättre än rikssnittet men data utgår från tidigare behandlingsmål på 140/90 mmHg vilket gör det lite mer svårvärderat.

Vi vill arbeta med att förbättra följsamheten till gällande riktlinjer för hypertoni för att våra patienter ska få bästa möjliga vård och behandling. Genom att åstadkomma ett gott omhändertagande där patienten involveras och blir delaktig i sin egen vård, tror vi på ökad följsamhet till gällande riktlinjer, förbättrade blodtrycksvärden och i slutändan minskad risk för följsjukdomar och för tidig död.

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.

Vi har valt att arbeta med tema 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-forbattringsstrappa/>

Formulera här era mål:

Tema: Hypertoni

Övergripande mål: Bästa möjliga omhändertagande för våra patienter med hypertoni.

Vad vill vi förbättra: Vi önskar förbättra följsamheten till aktuella riktlinjer för behandling av hypertoni så att våra hypertonipatienter behandlas utifrån senaste evidens. Vi önskar göra våra patienter mer involverade och delaktiga i sin egen behandling då detta visat sig öka följsamheten till ordinerad behandling och egenvård.

Förbättringen ska ske: Hos listade patienter med diagnos hypertoni på Abrahamsbergs vårdcentral.

Process som ska förbättras är:

Patientens flöde genom vårdcentralen i samband med diagnossättning av hypertoni samt processen för hur uppföljningen ska ske. Utöver det önskar vi förbättra processen i att öka patientens delaktighet i sin egen vård med kunskap om sjukdomen, individuella behandlingsmål samt följsamhet till aktuella livsstilsrekommendationer.

Genom ökad delaktighet hos våra patienter förväntar vi oss att patienterna uppnår rekommenderat blodtryck i högre utsträckning än vad som görs idag. Vi tror också på ökad patientnöjdhet genom ökad förståelse, kunskap och ansvar för sin sjukdom.

Vi tror att arbetsmiljön hos personalen kommer förbättras genom att omhändertagandet för patientgruppen blir mer tydligt. Vi tror att patientsäkerheten kommer öka genom ökad följsamhet till aktuella riktlinjer.

Förbättringsarbetet är viktigt då patienten ska må så bra som möjligt, ha god följsamhet till sin behandling och minska risken för komplikationer. Vi anser också att arbetet är viktigt för att arbetssättet ska vara tydligt och lätt att följa för personal samt att vi alla som möter patientgruppen ska vara uppdaterad om gällande riktlinjer.

Delmål:

- Öka andelen patienter som uppnår målblodtryck
- Öka andelen patienter som har två eller fler läkemedel mot hypertoni
- Öka andelen patienter som har målblodtryck registrerat i journalen
- Öka andelen som har registrerat hembloodtryck i journalen
- Öka andelen patientkontakter med diagnos hypertoni på vårdcentralen

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-forbattringsstrappa/>

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: Dokumenterar inte systematiskt i journalmallen.	1.1: Genomgång av korrekt dokumentation. 1.2: Se över befintliga dokumentationsmallar för att underlätta och tydliggöra för personalen.
2: Ej följsamhet till rekommenderade behandlingsriktlinjer avseende läkemedel.	2.1: Kunskap/information om gällande riktlinjer, följsamhet till Kloka Listan. 2.2: Tydlig rutin för hur uppföljning av nyinsatt läkemedel ska ske och hos vem. 2.3: Upprätta flödesschema med behandlingstrappa för såväl nybesök/nydiagnostisering av hypertoni som för uppföljning/återbesök. 2.4: Delegering på att justera läkemedelsbehandling hos hypertonisköterska
3: Varierande grad av behandlingsmål för enskild patient,	3.1: Formulera/registrera ett aktuellt målblodtryck. 3.2: Involvera patienten i sin egen behandling genom att följa hembloodtryck och ha kunskap om sitt eget målblodtryck samt vilka livstilsåtgärder som är aktuella. Upprätta individuell behandlingsplan som patienten får ta del av samt lämna ut skriftligt hälsokort. 3.3: Delge utbildningsmaterial om hypertoni till patienten genom att erbjuda broschyren "högt blodtryck hypertoni".

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-forbattringstrappa/>

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	Nuläge = Startläg	Datum/period för	Mål (%)	Källa (t.ex.	Datum för att
--	---------------	-------------------	------------------	---------	--------------	---------------

		e (% eller antal)	start-läge	eller antal)	Med-rave)	uppnå målvärde t
Indikator 1	Andel patienter som når målbloodtryck under 70 års ålder (<130/80)	97 st 19 %	2022-01-31 – 2023-01-31	25 %	Medrave	2024-01-31
Indikator 2	Andel patienter som når målbloodtryck över 70 års ålder (<140/80)	144 st 37 %	2022-01-31 – 2023-01-31	40 %	Medrave	2024-01-31
Indikator 3	Andel patienter med två eller fler läkemedel mot hypertoni	544 st 61 %	2022-01-31 – 2023-01-31	70 %	Medrave	2024-01-31
Indikator 4	Andel patienter som har målbloodtryck registrerat i journalen	247 st (28 %)	2022-01-31 – 2023-01-31	50 %	Medrave	2024-01-31
Indikator 5	Andel patienter som har registrerat hembloodtryck i journalen	119 st (14 %)	2022-01-31 – 2023-01-31	20 %	Medrave	2024-01-31
Indikator 6	Antal patientkontakter på mottagningen med hypertoni	855 st	2022-01-31 – 2023-01-31	1000 st	Medrave	2024-01-31

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/verktugslada-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 kan fyllas på under arbetets gång.

Planera:

Förbättringsgruppen planerar in möten under mars månad med fokus på att upprätta en lokal, skriftlig rutin med flödesschema för omhändertagande av hypertoni-patienter. Här ska ingå behandlingstrappa och flödesväg för patienter med både nyupptäckt hypertoni som behöver nybesök och för befintlig hypertoni-patienter som behöver återbesök. Här ska också framgå när och hos vem uppföljning ska ske.

-Förbättringsgruppen ser över dokumentationsmallar under mars/april och förtydligar i en skriftlig rutin vilka sökord som ska användas. Målet är att samtlig personal ska känna trygghet i vilka sökord och journalmallar som används.

-Förbättringsgruppen informerar personal om behandlingsriktlinjer, flödesschema och dokumentation på APT och yrkesvisa möten i mars och april.

-Hypertonisköterska får utbildning och delegering i titrering av blodtrycksmediciner av verksamhetschef/MLA under våren.

-På hypertoni-mottagningen informeras patienten om hembloodtryck och hjälp med instruktion för genomförande erbjuds. Hälsokort formuleras och lämnas ut med målbloodtryck, vikt, planerad uppföljning. Patienten erbjuds också broschyr "högt bloodtryck hypertoni".

-Förbättringsgruppen träffas en gg/månad eller v.b. oftare. Stödanteckningar görs under tiden.

-Utdrag av statistik från Medrave görs varje månad för att följa indikatorerna.

Göra: Genomföra ovanstående plan.

Studera: Utvärdera regelbundet effekten av interventionerna genom att följa indikatorer i Medrave

Agera: Dra slutsatser och se om interventionerna förbättrar omhändertagandet eller om justeringar behövs längs vägen.

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

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2023 till:
forbattningsarbeten.apc.slso@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

Förbättringsgruppen har setts regelbundet under året och har arbetat med att sammanställa ett flödesschema för både nyupptäckta samt kända hypertoniker (se bilaga 1). Det har även specificerats dokument med arbetsbeskrivningen för årskontrollsbesök hos läkare respektive distriktssköterska (se bilaga 2).

En journalmall "hjärta/kärl" har upprättats som skall användas vid dessa besök, vilket genererat i att hembloodtryck samt målbloodtryck dokumenterats i större omfattning.

Alla medarbetare har blivit uppmuntrade och informerade om vikten att dokumentera målbloodtryck och målet har varit att patienterna ska nå sitt målbloodtryck inom tre månader.

Planen var att hypertonsköterskan skulle få utbildning och delegering i titrering av blodtrycksmediciner men detta har ej varit aktuellt eftersom nämnd sköterska kommer att avsluta sin anställning inom kort. En ny hypertonsköterska är utsedd och har fått gå introduktion om hypertoniomtagningen för att arbetet ska fortgå.

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 Hypertoni	Start- läge (% eller antal)	Datum /period för start- läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med- rave)	Datum/ period för resultat- värdet
Indikator 1	Andel patienter som når målbloodtryck under 70 års ålder (<130/80)	97 st 19 %	2022-01-31 – 2023-01-31	25 %	113 st 21%	Medrave	2023-12-31
Indikator 2	Andel patienter som når målbloodtryck över 70 års ålder (<140/80)	141 38 %	2022-01-31 – 2023-01-31	40 %	161 41%	Medrave	2023-12-31
Indikator 3	Andel patienter med två eller fler läkemedel mot hypertoni	544 st 61 %	2022-01-31 – 2023-01-31	70 %	583 st 64 %	Medrave	2023-12-31
Indikator 4	Andel patienter som har målbloodtryck registrerat i journalen	247 st (28 %)	2022-01-31 – 2023-01-31	50 %	370 st 41 %	Medrave	2023-12-31
Indikator 5	Andel patienter som har registrerat hembloodtryck i journalen	119 st (13 %)	2022-01-31 – 2023-01-31	20 %	148 (16 %)	Medrave	2023-12-31

Indikator 6	Antal patientkontakter på mottagningen med hypertoni	855 st	2022-01-31 – 2023-01-31	1000 st	849 st	Medra ve	2023-12-31
--------------------	--	--------	-------------------------	---------	--------	----------	------------

Övriga kommentarer:

Resultatet av siffrorna i Medrave visar en klar förbättring under alla indikatorer. Indikator 4 är utmärkande med 20 % förbättring med registrering av hemblotryck.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

En mer strukturerad hypertonimottagning genererar i bättre och säkrare vård och att det är enklare med tydliga mål att förhålla sig till. All personal på vårdcentralen behövs för att hjälpa patient till följsamhet och bättre hälsa.

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 själva fått mäta hembloodtryck. Vi har delat ut broschyrer samt information hur man mäter hembloodtryck. De har även fått instruktion hur de registrerar mätvärdena digitalt. Vi har lagt stor vikt i att förklara hur livsstilsfaktorer påverkar deras blodtryck.

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.

Att förankra detta på APT och att kunna redovisa förbättringen av vårt omhändertagande av hypertoniker på mottagningen. Att all personal både under introduktion och erfarna medarbetare får information om vårt sätt att behandla hypertoniker och hur det skall journalföras. Detta genom skriftligt flödesschema och arbetsbeskrivning. Se bilaga 1 & 2.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA**
 namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan
 forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.