

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn HLM Täby Centrum	
Verksamhetschef Elisabeth Wester	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

del 1 och del 2

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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.hsf@sll.se senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

DEL 1 – Planen

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.
Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

Carmen Dilanchian Specialist inom allmän medicin carmen.dilanchian@hlmtabycentrum.se

Miorita Iurea Sjuksköterska miorita.iurea@hlmtabycentrum.se

Gunilla Danielsson Distriktssköterska gunilla.danielsson@hlmtabycentrum.se

Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?**
Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck

Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke

När man diagnostiseras med högt blodtryck är det viktigt att som patient få veta att man kan få hjälp av sjukvården med undervisning om sjukdomen, egenvård, dvs. vad man som patient kan påverka själv och vilka behandlingsmöjligheter som finns.

En viktig del för personer med hypertoni är livsstilsförändring, med daglig fysisk aktivitet, hälsosam kost samt rökstopp. Medicinskt behandlar man patienten för att sänka blodtrycket.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn HLM Täby Centrum	
Verksamhetschef Elisabeth Wester	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har under 2018 arbetat övergripande med hypertoniprocessen inom hela Aleris primärvård. Husläkarmottagningen har från den 1 april 2019 övergått till ny ägare Lideta. Vi fortsätter vårt arbete med hypertoniprocessen som startades under Aleris tiden. Ägarbytet medför problem med åtkomst till statistik för 2018 som tillhör Aleris som vårdgivare.

På HLM Täby Centrum har vi uppmärksammat via MedRave att flertalet av våra hypertoniker inte uppnår målvärdet för blodtryck. De har heller inte ett målvärde för sitt blodtryck journalfört. Vi hade under 2018 totalt 1006 patienter med hypertonidiagnos. Av dessa uppnådde 48% målvärdet för blodtryck 140/90.

När patienten får sin diagnos "hypertoni" ska det samtidigt sättas ett målvärde för blodtrycket vilket inte alltid görs. Att sätta ett personligt målvärde för patienten syftar till att göra patienten mer delaktig i sin behandling.

Patienten bokas in till distriktssköterska för ett livsstilssamtal och kontroll av blodtryck. Detta upprepas vid tre tillfällen med 2 veckors mellanrum. Läkaravstämning vid behov.

24 timmars blodtrycksmätning utförs här på mottagningen vid behov. Patient med välinställt blodtryck följs årsvis hos behandlande läkare.

Distriktssköterskan finns som stöd för de som inte uppnått sitt målvärde, genom att med tätare kontroller coacha patienten att förändra sina levnadsvanor såsom kost, motion och rökstopp för att minska risken för komplikationer. Målet är att få patienten delaktig i sin behandling och få kunskap om sin sjukdom.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

Hypertoni

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt

T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer

Det övergripande målet för omhändertagandet av en patient med förhöjt blodtryck är att minska risken för kardiovaskulär sjukdom och död, med bibehållen livskvalitet.

En samlad bedömning av patientens kardiovaskulära risk måste göras och samtliga riskfaktorer av betydelse ska beaktas vid omhändertagandet.

Vårt mål för 2019 är att minst 60% av våra patienter med hypertoni ska nå målvärdet för blodtryck.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn HLM Täby Centrum	
Verksamhetschef Elisabeth Wester	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

- Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.
- Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [ORC:s verktygslåda](#).

- Tillsammans med patienten sätta ett målblodtryck för större delaktighet i sin vård/behandling
Patienten erbjuds livsstilssamtal med distriktssköterska och coachning för att kunna genomföra förändringar

- Att få patienten följsam till vård och behandling genom individanpassad information och kunskap. Ett steg i att motivera patienten är att i så stor utsträckning som möjligt träffa samma sköterska vid upprepade tillfällen.

Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Mäta andel patienter med uppnått målblodtryck 1 ggr/kvartal hämtas ur Medrave		48%	> 60%	20191231
Indikator 2					20191231
Indikator 3					20191231
Indikator 4					20191231
Indikator 5					20191231

Kommentar (valfritt):

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn HLM Täby Centrum	
Verksamhetschef Elisabeth Wester	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har ej uppnått målet att 60 % ska nå målvärde 140/90, under året, men vi ser att vårt PM redan har gett ett mer strukturerat handläggningssätt av dessa patienter.
Vi räknar med att nå målet under 2020.

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: forbattringsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn HLM Täby Centrum	
Verksamhetschef Elisabeth Wester	Aktnummer (ifylles av HSF)

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Till grund för vårt arbete så ligger Hypertoniprocessen som vi tog fram under vår tidigare ägare Aleris. Vi bytte ägare den 1 april 2019. Därav att vi inte har tillgång till statistik från tidigare perioder.

Vi har tagit fram ett PM med riktlinjer hämtade från VISS som ska underlätta omhändertagandet av våra patienter med förhöjt blodtryck. Se bilaga

Detta har varit uppskattat av sköterskorna som jobbat efter PM:et under hösten. Patienterna har uppskattat att 24 tim blodtryck redan varit taget vid första läkarbesöket.

PM :et ska fungera som ett beslutsstöd för sköterskorna på mottagningen när de möter patienter med förhöjt blodtryck. Patienter med Grad 1 hypertoni ska sköterskorna själv kunna initiera ett 24 tim blodtryck för snabbare handläggning och boka ett uppföljande läkarbesök.

På mottagningen utförs mer frekvent 24 timmars blodtrycksmätning för att patienten snabbare ska få en diagnos och rätt behandling tidigt. Fördelar med 24 timmars blodtrycksmätning är att minimera falska höga värden pga. ”vita rocken” syndrom och stressen för att uppmätt blodtryck ska vara högt igen.

Sjuksköterskorna försöker nu i större utsträckning att informera patienterna om betydelsen av hur kost och motion kan påverka deras blodtryck i positiv riktning. Distriktssköterskorna inventerar patientens nuvarande levnadsvanor och om patienten är motiverad till att göra förändringar så erbjuds uppföljningsbesök ang. levnadsvanor med en coachande ansats.

Vi lägger nu ett större fokus på den patientgrupp som har en hypertoni behandling utan att ha nått målvärde. När patienten kommer på sköterskekontroll och målvärdet ej är uppnått så bokas ett läkarbesök in

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn HLM Täby Centrum	
Verksamhetschef Elisabeth Wester	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Mäta andel patienter med uppnått målbloodtryck 1 ggr/kvartal Hämtas ur medrave	48%	2019-04-01	60%	48%	2019-12-31
Indikator 2						
Indikator 3						
Indikator 4						
Indikator 5						

Övriga kommentarer:

På grund av vårt ägarbyte den 1 april 2019 så startade vårt förbättringsarbete under våren i mindre omfattning än vad vi hade planerat. Statistikuppgifter före 1 april 2019 är ej tillgängligt då dessa uppgifter tillhör Aleris.

Antalet hälsofrämjande insatser såsom rådgivande samtal om kost och motion har ökat under hösten. Statistik visar att 133 patienter fått kvalificerade rådgivande samtal om levnadsvanor och en del av dessa har fått flera samtal. Detta är patienter med enbart hypertoniendiagnos.

Vi hade under 2018 1006 patienter med hypertoniendiagnos. Av dessa uppnådde 48% målvärdet för blodtryck 140/90.

Från april tom december 2019 har vi 815 patienter. Av dessa uppnådde 48% målvärdet för blodtryck 140/90.

En mycket intressant iakttagelse är att oavsett behandling eller ej så är andelen patienter med uppnått målvärde detsamma mellan patientgrupperna. Hur är patienternas compliance? Tar patienterna sin medicin enligt ordination?

Våra sköterskor frågar nu patienter med ett förhöjt blodtryck om de har behandling, vilka tabletter de äter? När, var och hur.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn HLM Täby Centrum	
Verksamhetschef Elisabeth Wester	Aktnummer (ifylles av HSF)

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1

Det är viktigt att en läkare och sköterska tillsammans driver förbättringsarbetet på mottagningen. Att informera övrig personal och följa målsättning med kvalitets/förbättringsarbetet.

2.

Tillsammans med patienten sker en diskussion om vad patienten själv kan göra och vad denna är villig att göra. Mål ang. livsstilsförändringar sätts upp tillsammans med patienten efter gemensamt beslut.

Återbesök efter behov där uppsatta mål utvärderas och då också titta på patientens compliance till behandlingen. Fråga patienten vilka tabletter hen tar och dos samt följa förskrivning kontra uthämtade recept.

Patienten får information/kunskap om sin egen sjukdom och vilka risker som man kan utsättas för vid en obehandlad hypertoni samt risker för kommande sjukdomar, och vilket målvärde för blodtrycket som eftersträvas.

3.

Att starta en sjuksköterskeledd hypertoniomtagning för att tidigt fånga in patienter med förhöjt blodtryck som ännu ej har en diagnos samt patienter med behandling som ej uppnått målvärdet. Här kommer vårt PM finns som hjälp och beslutsstöd för sköterskornas handläggning av patienter med förhöjt blodtryck.

4

VISS, Medrave, Janusinfo, Vårdhandboken, Internet medicin

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.hsf@sll.se