

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
St Eriks vårdcentral	
Verksamhetschef Andreas Erlandsson	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.

Andreas Erlandsson verksamhetschef, Åsa hallander läkare (asa.hallander@steriksvardcentral.se), Jonas Frodlund läkare, Ylva Boström sjuksköterska, Evelyn Hoyer sjuksköterska och Ingeborg Berglund sjuksköterska

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**

Hypertoni är ett vanligt, farligt, behandlingsbart men underbehandlat tillstånd. I Sverige beräknas cirka 2 miljoner individer ha högt blodtryck. Förekomsten ökar med åldern. Hypertoni är den enskilt största behandlingsbara riskfaktorn för hjärtkärlkomplikationer. Komplikationerna är framförallt stroke, men även hjärtsvikt, kranskärls- och njursjukdom. Förändring av livsstil är grunden i behandlingen, men flertalet individer behöver också läkemedel. År 2017 hade vi 1193 hypertoni-patienter enligt medrave och mätte krea/eGFR på 82%, BMI på 34%. Vikt på 35%. Midjemått på 15%. 2017 hade 46% av hypertoni-patienterna BT under 140/90. 43% hade BT 140/90-160/100. 7% hade BT över 160/100. 2017 fick 0,007% av hypertoni-patienterna rådgivande samtal om rökning, 0,006% angående kost, 0% angående alkohol, 0,004% angående fysisk aktivitet. 15,4% mättes midjemått.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

St Eriks vårdcentral

Verksamhetschef
Andreas Erlandsson

Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har identifierat behov av en blodtrycksmottagning som är avsedd för enklare hypertoniker utan andra komplicerande sjukdomar. Även patienter med förhöjda blodtryck som riskerar att få hypertoni-diagnos kan bokas upp här för livsstils-genomgång. Patienter med hypertoni och exempelvis diabetes, graviditet, allvarlig njur- eller hjärtsjukdom följs alltså inte här.

År 2017 mätte vi på 1169 hypertoni-patienter enligt medrave och krea/eGFR på 82%, BMI på 34%.

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

Hypertoni är ett vanligt, farligt, behandlingsbart men underbehandlat tillstånd. I Sverige beräknas cirka 2 miljoner individer ha högt blodtryck. Förekomsten ökar med åldern. Hypertoni är den enskilt största behandlingsbara riskfaktorn för hjärtkärlkomplikationer. Komplikationerna är framförallt stroke, men även hjärtsvikt, kranskärls- och njursjukdom. Förändring av livsstil är grunden i behandlingen, men flertalet individer behöver också läkemedel. Vi har identifierat behov av en blodtrycksmottagning som är avsedd för enklare hypertoniker utan andra komplicerande sjukdomar. Vi vill bli bättre på att ta hand om hypertoni-patienter. Vi är relativt bra på att ta krea men sämre på att mäta BMI som ett led i riskbedömning av hypertoni-patienterna.. Vi vill ha fler patienter som ligger lägre i blodtryck och når målblodtryck, i medrave specificerat som under 140/90, 140/90-160/100 samt över 160/100. Vi vill ge fler rådgivande samtal angående livsstil till hypertoni-patienter. Vi vill bli bättre på att riskbedöma patienter för att identifiera de med högst kardiovaskulär risk och kunna ge hypertoni-patienterna optimal behandling.

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

- 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](#).

- Vi startade hösten 2018 en sköterskeledd hypertoni-mottagning på vårdcentralen med fokus på livsstil. Vi har även uppdaterat hypertoni-dokument till läkarna enligt de senaste riktlinjerna. och vi planerar löpande återkoppling till personalen på arbetsplatsträffar.

Förhoppningsvis kommer vi mäta midjemått på fler och få fler patienter som når målblodtryck. Vi vill också få mätbara siffror som kommer upp över 1% vad gäller rådgivande samtal kring levnadsvanor. Vi jämför data i medrave år 2017 jan -dec med 2019 jan-dec.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn St Eriks vårdcentral	
Verksamhetschef Andreas Erlandsson	Aktnummer (ifylles av HSF)

b. Det är viktigt för patienter med hypertoni att må bra, ha bra livskvalité och kunna känna delaktighet i sin behandling och att de får rätt behandling. Med samtal på hypertoni/livsstillmottagningen kring livsstil utifrån patientens situation får patienterna mer stöd i livsstilsförändring och hjälp med riskbedömning samt optimerad behandling både gällande läkemedel och livsstil. De uppmuntras även i större grad mäta hembloodtryck

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 snabbspirometri 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 snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/p eriod för start-läge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	andel pat som fått rådgivande samtal om rökning	0,7%	20170101	5%	20191231
Indikator 2	andel pat som fått rådgivande samtal om kost	0,6%	20170101	10%	20191231
Indikator 3	andel pat som fått rådgivande samtal angående alkohol	0%	20170101	10%	20191231
Indikator 4	andel pat som fått rådgivande samtal om fysisk aktivitet	0,4%	20170101	10%	20191231
Indikator 5	andel pat där krea/GFR mäts	82%	20170101	82%	20191231
Indikator 6	andel pat där BMI mäts	34%	20170101	40%	20191231
Indikator 7	Andel patienter där midjemått mäts	15%	20170101	20%	20191231
Indikator 8	Andel patienter med hypertoni med BT under 140/90	46%	20170101	60%	20191231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn St Eriks vårdcentral	
Verksamhetschef Andreas Erlandsson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 9	Andel patienter med hypertoni med BT140/90-160/100	43%	20170101	25%	20191231
Indikator 10	Andel patienter med hypertoni med BT över 160/100	7%	20170101	5%	20191231

Kommentar (valfritt):

Vi diskuterade att mäta EKG vilket är viktigt i att det finns i den initiala riskbedömningen men det är inte viktigt att det tas varje år och det blir därför svårt att mäta. Även faste-glucos (f-glc) är viktigt att ta som ett led i riskbedömningen av utvalda patienter men inte på alla. Sjuksköterskorna har dock på livsstilmottagningen rutin för när de ska ta f-glc utifrån patientens riskprofil.

Vilka källor tar ni era data från:

Medrave

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: forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
St Eriks vårdcentral	
Verksamhetschef Andreas Erlandsson	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.

Vi har på vårdcentralen hösten 2018 startat en livsstils/hypertonimottagning som drivs av sjuksköterskor i samråd med läkare. Den är avsedd för enklare hypertoner utan andra komplicerande sjukdomar. Även patienter med förhöjda blodtryck som riskerar att få hypertoni diagnos bokas upp här för livsstilsgenomgång. Sjuksköterskorna titrerar även upp medicin och tar prover på de enklare hypertoni patienterna. Patienter med hypertoni och exempelvis diabetes, graviditet, allvarlig njur- eller hjärtsjukdom följs inte här men har i enstaka fall bokats upp för livsstilsgenomgång. Vid nyttillkomna symptom som skulle kunna indikera allvarlig sjukdom tar sjuksköterska kontakt med patientansvarig läkare. Patientansvarig läkare ansvarar för den initiala undersökningen av patienten, fastställande av diagnos och riskfaktorvärdering, bedömning av eventuella tecken på organskada samt för initiering av blodtryckssänkande läkemedelsbehandling. Målet ska vara att patienten träffar läkare minst vartannat år och vid läkarbesöken tas EKG, krea, prov för proteinuri samt vid behov f-glc och f-lipider. Därefter kan läkare boka in patienter till sjuksköterska för uppföljning på blodtrycksmottagningen och upptitrering av blodtrycksmedicinering och provtagning av krea och f-glc samt ev övriga prover enligt schema. Sjuksköterska kan efter att rådgöra med läkare boka in patienter för årskontroll av hypertoni vartannat år till sjuksköterska och vartannat år till läkare. Insättning av blodtrycksmedicin sker på doktors initiativ.

Innehåll blodtrycksmottagning:

- Inför första besöket
 - skicka till patienten frågeformulär och information angående livsstil: "Goda levnadsvanor gör skillnad"
- Vid första besöket:
 - Livsstil; alkohol, tobak, kost, motion. Även stress, sömn och compliance berörs.
 - Kontroller: Blodtryck, puls, längd, vikt, BMI, midjemått
 - Skriv ev. FAR-recept
 - Titra ev. upp medicin
 - Kontrollerar prover på ordination av läkare eller enligt schema
 - Krea, f-glc (om ej taget)
 - MI-samtal då möjligt
- Uppföljningsbesök efter ca 2 veckor:
 - Blodtryckstagning
 - Uppföljning livsstil
 - ev titrering, provtagning och/eller MI-samtal som ovan
- Därefter:
 - följer blodtryck och livsstil utifrån behov, med återbesök, telefonuppföljning eller videosamtal. För de patienter som har möjlighet, strukturerad/standardiserad blodtrycksmätning i hemmet med egen blodtrycksmätare.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn St Eriks vårdcentral	
Verksamhetschef Andreas Erlandsson	Aktnummer (ifylles av HSF)

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)						
	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	andel pat som fått rådgivande samtal om rökning	0,7%	170101-1 71231	5%	0,5%	190101-191 231
Indikator 2	andel pat som fått rådgivande samtal om kost	0,6%	170101-1 71231	10%	17%	190101-191 231
Indikator 3	andel pat som fått rådgivande samtal angående alkohol	0%	170101-1 71231	10%	0%	190101-191 231
Indikator 4	andel pat som fått rådgivande samtal om fysisk aktivitet	0,4%	170101-1 71231	10%	18%	190101-191 231
Indikator 5	andel pat där krea/GFR mäts	82%	170101-1 71231	82%	85%	190101-191 231
Indikator 6	andel pat där BMI mäts	34%	170101-1 71231	40%	39%	190101-191 231
Indikator 7	Andel patienter där midjemått mäts	15 %	170101-1 71231	20%	24%	190101-191 231
Indikator 8	Andel patienter med hypertoni med BT under 140/90	46%	170101-1 71231	60%	56%	190101-191 231
Indikator 9	Andel patienter med hypertoni med BT140/90-160/100	43%	170101-1 71231	25%	32%	190101-191 231
Indikator 10	Andel patienter med hypertoni med BT över 160/100	7%	170101-1 71231	5%	7%	190101-191 231
Övriga kommentarer: Vid dokumentation på livsstils/hypertonimottagningen missades att kvå-koda för rådgivande samtal angående rökning samt alkohol. Det enda som kvå-kodregistrerades vid de rådgivande samtalen på hypertoni-mottagningen var för kost och fysisk aktivitet, men vid dessa samtal togs även rökning och alkohol upp rutinmässigt till diskussion, varför det finns anledning att tro att om kvå-kodningen registerats rätt hade siffran för alkohol och tobak legat i samma nivå som den för kost och motion						

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

St Eriks vårdcentral

Verksamhetschef
Andreas Erlandsson

Aktnummer (ifylles av HSF)

dvs kring 17-18%. Det är bara sjuksköterskor som kvå-kodar rådgivande samtal om livsstil. Troligen har även enkla råd getts av läkare då de talat om livsstil men detta har inte registrerats. Som resultat av utbildning och information i projektet om vinsten med hembloodtrycksmätning har fler läkare och sjuksköterskor använt sig av hembloodtrycksmätning men detta hade vi inte med som ursprungsmått, det är möjligt att dessa värden om de räknades in skulle gett ett lite annat resultat och det hade förstås så här i efterhand varit intressant att titta på. Man kan se att vi blivit bättre på att mäta BMI och midjemått vilket är bra eftersom vi ville bli bättre på att riskbedöma hypertoni-patienterna. Trots att vi hade 29% fler hypertoni-patienter 2019 (1512 st jämfört med 1169 st 2017) låg fler bra dvs under 140/90. Vi har troligen blivit bättre på att upptäcka och diagnosticera hypertoni-patienter. Många diagnosticeras möjligen med höga värden initialt. Totalt antal patienter ligger bättre i sina blodtrycksnivåer 2019, vi riskbedömer fler med BMI och midjemått och tar fortsatt krea på de flesta. Fler får rådgivande samtal om livsstil. Vi har blivit bättre på att fånga upp dem och följa upp patienterna över tid.

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. Sköterskorna har blivit bättre på att ta hand om hypertoni-patienter, titrera upp medicin och kontrollera prover. En ökad medvetenhet både bland sköterskor och övrig personal kring vikten av olika riskfaktorer för hypertoni och levnadsvanor och hur man kan stärka patientens delaktighet. Det är viktigt att tydliggöra hur man ska registrera rätt för att följa variabler över tid och kunna jämföra.

2. Patienterna har i större mån fått reflektera över sina levnadsvanor och kopplingen till den egna hälsan i samtal på hypertoni mottagningen och övriga besök på vårdcentralen. Patienterna har uppmuntrats till och har i större utsträckning kontrollerat egna blodtryck i hemmet. Vi har tagit fram en standardiserad mall för strukturerad blodtrycksmätning i hemmet, med uppföljning via video eller telefon. Vi har tagit dem på allvar och följt upp dem bättre och på så vis kunnat tydliggöra orsakssambandet mellan levnadsvanor och hypertoni.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
St Eriks vårdcentral	
Verksamhetschef Andreas Erlandsson	Aktnummer (ifylles av HSF)
3. Fortsätta arbetet med fokus på patienternas delaktighet i mätning av blodtryck och eget ansvar kring livsstil samt följa upp dem. Fortsätta göra bra riskbedömningar för att kunna rikta rätt insatser till rätt patienter. Hela sköterskegruppen kommer framgent implementera motiverande samtal om levnadsvanor i sitt arbetssätt, i de flesta patientkontakter, som kan resultera i positiva livsstilsförändringar.	
4. Medrave	
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@sl.se	