

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tureberg VC	
Verksamhetschef Pia Lindborg	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.

Ansvarig: Hongshi Qi, specialist i allmänmedicin, hongshi.qi@sll.se

Teammedlemmar gäller alla läkare, sköterskor/undersköterskor och andra kollegor på VC.

Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket områdeser ni entydlig 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

1. Vi ser i Medrave4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck <140/90.

Under perioden 180417-190416 har vi totalt 1267 patienter med hypertoni diagnos på vc och 570 av dem har det senaste blodtrycket under 140/90mmHg, d v s att bara 45% av våra hypertoni-patienter når målblodtryck.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tureberg VC	
Verksamhetschef Pia Lindborg	Aktnummer (ifylles av HSF)

2. Under samma period finns det totalt 115 hypertoni-patienter som inte har blodtryckssänkande lm och 44st av dem har ett blodtryck över 140/90mmHg.

Vi ser en tydlig förbättringspotential inom det här området.

Steg 2 Val av temaför 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

Patienter med hypertoni har en ökad risk för ateroskleros och hjärt-kärlkomplikationer i senare delen av livet, om blodtrycket inte är välkontrollerat och når målbloodtryck. Vi vill förbättra det medicinska omhändertagandet för våra patienter med hypertoni för att minska risken för bl.a stroke och andra hjärtkärl komplikationer.

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 [QRC:s verktygslåda](#).

a.

Läkarna kommer via remiss till msk boka återbesök för blodtryckskontroll hos ssk/usk, för alla hypertoni-patienter, som har ett förhöjt BT vid läkarbesöket. Idag uppmanas ett flertal patienter att själv kontakta vårdcentralen för att boka en kontroll av blodtrycket. Vi har sett att det inte fungerar utan många patienter återkommer inte utan väntar till nästa årskontroll. Vår förhoppning är att genom vår nya rutin förbättra omhändertagandet av patienterna och att minska antalet personer med blodtryck över 140/90 och därmed minska risken för komplikationer.

Strukturerat omhändertagande efter insatt/justerad behandling vid hypertoni.

Planerar för ssk-hypertonimottagning. Förbättrad uppföljning av hypertoni-patienter genom besök hos ssk/usk. Besök som även innehåller diskussion kring livsstilsfrågor och stöd till förändringsarbete.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tureberg VC	
Verksamhetschef Pia Lindborg	Aktnummer (ifylles av HSF)

b.

En viktig del i arbetet är att få patienten mer delaktig i planering av vård och behandling. I samband med besök hos ssk kommer patienten få möjlighet att bygga på sin kompetens gällande hypertoni och fundera över livsstilsförändringar utifrån sina egna förutsättningar. Genom bokning av besök för blodtrycks kontroll tydliggör vården vikten av att följa upp och utvärdera den medicinska behandlingen.

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/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel hypertoni-patienter med BT <140/90mmHg	45%	180417-190416	75%	20200315
Indikator 2	Antal hypertoni-patienter med BT>140/90, och står på ingen blodtryckssänkande Im	44	180417-190416	0	20200315
Indikator 3					
Indikator 4					
Indikator 5					

Kommentar (valfritt):

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=PlanDo StudyAct) 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 Tureberg VC	
Verksamhetschef Pia Lindborg	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.

Efter testat i PDSA metod har vi standardiserat det nya arbetssättet som nedan:

Alla kollegor inkl. läkare och sköterskor har fått kopia för blankett s. k. ”planerat åb för BT kontroll hos msk”. Blanketten kommer att fyllas i varje gång då patientens BT ligger förhöjt vid besöket/justering av behandling, och lämnas till msk. Patienten blir därefter kallad till ett/flera återbesök för nya kontroller av BT. Ansvarig läkare anger på remissen antal kontroller och inom vilken tidsperiod. Det aktuella blodtrycket meddelas ansvarig läkare som bedömer och eventuellt åtgärdar. Läkarna har kontakt med patienterna via telefon, brev och bokar nytt läkarbesök om det behövs.

Msk har fasta tider i schemat för bokning av patienter.

Rutinen gäller för båda nydebuterade hypertoni-patienter och patienter som redan har diagnosen hypertoni där behandlingen har justerats.

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 hypertoni-patienter med BT <140/90mmHg	45%	180417-190416	75%	52%	20200503
Indikator 2	Antal hypertoni-patienter med BT>140/90, och står på ingen blodtryckssänkande lm	44	180417-190416	0	40	20200503
Indikator 3						
Indikator 4						
Indikator 5						

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Tureberg VC	
Verksamhetschef Pia Lindborg	Aktnummer (ifylles av HSF)

Övriga kommentarer:
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.
Behandling vid hypertoni blir optimerad när patienten ges möjlighet till strukturerad uppföljning genom besök hos msk med återkoppling till ansvarig läkare.

Under projektperiod har antal hypertoni-patienter ökat från 1267 till 1600, dvs över 300 nydebuterade fall, vilket stämmer väl med hypertoniförekomst hos den svenska befolkningen (10-25%). Det finns fortfarande en stor potential att hitta nya fall i vår befolkning och som genom det nya kallelsesystemet kommer ligga under målvärdet.

Flertalet patienter som ligger över målvärdet 140/90 har ett BMI som ligger 30.

Trots ökat antal registrerade hypertoni-patienter, har icke-behandlade (pat. står på ingen medicin) minskad från 44st till 40st, inkl. del av pat. som är över 80 åå eller har tendens för ortostatism.

Patientens läkemedelslista behöver signeras regelbundet så att medicinerna (inkl. BT-mediciner) ingår i aktuell statistik.

2
Patienterna erbjuds återbesök hos ssk för kontroll av blodtrycket. I samband med det ges patienten möjlighet att vara delaktig i frågor som rör livsstil och hur det påverkar den enskilda individen. Under besöket diskuteras faktorer som är negativa för blodtrycket och patienten får möjlighet att fundera över alternativa sätt att påverka sin situation som ex rökning m.m. Uppföljning ger också signaler till patienten om vikten av att kontrollera blodtrycket och att utvärdera behandlingen. Patienten kan genom egna insatser påverka blodtrycket positivt och därmed vara delaktig i behandlingsresultatet.

3.
Alla ssk som ansvarar för hypertoni-mottagningen kommer genomgå adekvat utbildning inom området hypertoni. Likaså mer kunskap gällande rökning, fysisk aktivitet och övervikt. Utveckla samarbetet med rehab Sollentuna och involvera dietist och fysioterapeut i arbetet. Ssk kommer spela allt större roll när det gäller diagnos, allmänna råd/förslag på livsstilsförändringar och även behandling vid hypertoni. Verksamheten kommer kontakta verksamheter som redan idag har en välfungerande hypertoni-mottagning och ta lärdom av deras rutiner.

Hypertoni-mottagningen kommer spela allt större roll i arbetet med att göra patienterna mer kunniga om faktorer som påverkar blodtrycket negativt. Likaså en hjälp till alla patienter att göra livsstilsförändringar utifrån sina egna förutsättningar

I framtiden ser vi en hypertoni-mottagning med välutbildade ssk som även har hand om patienter som är översatta på NOAK.

Åter införa väntelista för hypertoni-patienter där ssk -enligt då gällande rutin- ansvarar för vissa kontroller före läkarbesök och ev beställning av prover.
Vid önskemål om recept gällande blodtrycksmedicin- boka in läkarbesök för kontroll- gäller ffa patienter som ej varit på årskontroll.

