

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Salems vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Anna Lindquist	

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

hypertoni

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 hypertoni 2020 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.hsf@sll.se senast den **28 februari 2020**, men gärna redan i januari 2020 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 hypertoni 2020 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2021**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2020" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

DEL 1 – Planen senast 28 februari 2020

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.

Ansvariga:

Christer Norman, Distriktsläkare
Anna Lindquist, Distriktsläkare
Christian Lönn, Distriktsläkare
Emily Simons, diabetessköterska (dsk)
Annika Wiberg, diabetessköterska (ssk)
Birgitta Fägerholt, hypertonisköterska (dsk.)

Kontaktperson: Anna Lindquist, anna.lindquist@sll.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 (PvK) 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

Vi har under 2019 som kvalitetsarbete arbetat med att förbättra andelen patienter så när blodtryck < 140/90. Vi har förbättrat resultatet från ca 43% till nu 52%. Dock kan vi se att i gruppen diabetiker så är det endast 43% som når BT <140/90 och ännu färre som når NDRs lägre målblodtryck

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Salems vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Anna Lindquist	

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. hypertoni
Hypertoni hos patienter med diabetes typ 2
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
Vi vill fortsätta arbetet med förbättrat målblodtryck även under 2020 men fokusera insatserna mot patienter med diabetes typ 2 som är patienter med en högre risk för hjärt-kärl sjukdom.
Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara T.ex. Öka prevalensen av hypertoni (hitta fler), öka andel i % av dessa patienter som når målblodtryck (definiera målnivå)
<p><i>Ett sätt för att formulera ett effektivt mål är att formulera det som ett SMART mål:</i></p> <p><i>S - Specifikt, tydligt och konkret</i></p> <p><i>M - Mätbart, hur vet man när man nått målet? Antal / andel / öka eller minska ett visst värde osv.</i></p> <p><i>A - Accepterat av de som berörs, det måste vara ett mål som ni vill uppnå</i></p> <p><i>R – Realistiskt, både ett för högt och ett för lågt uppsatt mål kan dra ner engagemanget, det ska vara möjligt att uppnå målet på den tidsram ni satt upp</i></p> <p><i>T – Tidsatt, det är viktigt med ett tidsatt mål så att ni vet till när det är tänkt att målet ska uppnås, detta kan också bidra till ökat engagemang!</i></p>
Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)
<p>a. 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.</p> <p>b. 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.</p>
<p>a.</p> <p>Genom sökningar i M4 identifiera de diabetiker som inte uppfyller målblodtryck och prioritera att dessa kallas till kontroller.</p> <p>Under året har regelbunden återkoppling kring hur arbetes fortskrider. Rapporter kring målvärden.</p> <p>Erfarenhetsutbyte mellan hypertonisköteska på vårdcentralen och diabetessköterskor i syfte att kunna stödja upptitrering av läkemedel.</p>
<p>b.</p> <p>Information kring risker med högt blodtryck och behandlingsmöjligheter i samband med besök hos läkare och sköterska.</p> <p>Riktade insatser till de patienter som har de högsta blodtrycken.</p> <p>Använda hembloodtryck, egenmätningar.</p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Salems vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Anna Lindquist	

Steg 6 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 snabbspirometriker 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 patienter som har <140/90. Antal hypertoni-årskontroller per månad	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Prevalens Hypertoni hos diabetespatienter</i>	80%	2020-02-21	Oförändrat eller högre	PvK	201231
Indikator 2	<i>Andel i % av dessa patienter som har <140/90</i>	43%	19-12-31	50%	PvK	201231
Indikator 3	<i>Andel i % av patienter som fått göra hem-BTmätning</i>	18%	19-12-31	25%	M4	201231
Indikator 4						
Indikator 5						

Kommentar (valfritt):
 Här har angivits ett förslag på indikatorer men det är fritt fram att byta ut till andra.
 En annan kan vara % av hypertoniker som har två eller fler läkemedel

Vilka källor tar ni era data från:
 Skriv här vilka källor ni använt. NOTERA 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

Vi kommer att regelbundet hämta data från Primärvårdskvalité och M4.

Steg 7 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 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1
 t.ex. Boo VC hypertoni 2020 del 1 och skicka in senast 28 februari 2020 till:
forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Salems vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Anna Lindquist	

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 januari 2021, 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 under året haft fokus på att förbättra blodtryck hos våra diabetiker. Vi har haft gemensamt möte med våra läkare, diabetessköterskor samt vår hypertonsjuksköterska. Under året har vi följt utvecklingen med regelbundna uppföljningar i M4 (Medrave).

Alla läkare har fått ut listor på de diabetiker som inte uppnått målblodtryck för riktade insatser.

Läkarna bör tillsammans med patienten diskutera målblodtryck och upprätta en medicinsk vårdplan hur detta ska uppnås. Vårdplan följs upp av diabetessköterska och/eller läkare vid återbesök.

Hypertonisköterska på vårdcentralen har fungerat som stöd i arbetet för våra diabetessköterskor.

P.g.a. covid-19 pandemin har många planerade besök hos både läkare och sköterska fått skjutas fram spec. under våren 2020. Detta har troligen påverkat resultatet. Hembloodtrycksmätningar har ej genomförts i den utsträckning vi hoppats på.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 6**) 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	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Prevalens Hypertoni hos diabetespatienter	80%	2020-02-21	Oförändrat eller högre	79%	M4	201231
Indikator 2	Andel i % av dessa patienter som har <140/90 mottagningstryck	43%	19-12-31	50%	53,6%	M4	201231
Indikator 3	Andel i % av patienter som fått göra hem-BTmätning	18%	19-12-31	25%	19%	M4	201231

Övriga kommentarer:

Ni får gärna redovisa tätare mätningar, skicka då med en bilaga, gärna i form av ett linjediagram. Ni kan också skriva mer om vilka källor ni funnit mest användbara.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Salems vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Anna Lindquist	

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?
<ol style="list-style-type: none">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?
1. <i>Viktigt att både läkare upprättar vårdsplan med tydligt mål och hur medicinering ska anpassas och följas upp för att nå uppsatt målbloodtryck. Om en tydlig vårdplan finns underlättar detta samarbetet mellan läkare och diabetessköterska. Vårdplanen kan även göra patienten själv mer delaktig i sin behandling. Svårare att fokusera på målbloodtryck hos diabetiker då övriga faktorer som t.ex. metabolkontroll inte sällan tar fokus vid besök. Kan vara bra att boka återbesök där man bara diskuterar blodtrycket och hur målbloodtryck ska kunna nås.</i>
2. <i>T.ex. genom att lämna en kopia på vårdplanen direkt till patienten i samband med besök.</i>
3. <i>Fortsätta att arbeta med medicinska vårdplaner och involvera patienten mer i sin egen vård. Genom att använda M4 identifiera patienter som ej uppnår målvärden t.ex. av blodtryck och kalla dessa för extra återbesök. Jobba vidare för att ännu fler av våra diabetiker ska nå målbloodtryck. Utveckla användandet av medicinska vårdplaner så att sköterskorna i högre utsträckning på egen hand kan genomföra tänkta medicinjusteringar inom blodtrycksområdet och på så minska behovet av återbesök till läkare.</i>
D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2 t.ex. Boo VC hypertoni 2020 del 2 och skicka in senast 31 januari 2021 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.hsf@sll.se