

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Haninge Vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Hawzheen Abdulla	

## **Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022**

### **Haninge VC Hypertoni 2022 del 1**

#### **DEL 1 – Planen**

<b>Ansvariga för kvalitetsarbetet</b>
<i>Addnan Jwayed Allmänspecialist addnan.jwayed@qualicare.se Hawzheen Abdulla Distriktsköterska hawzheen.abdulla@qualicare.se Gabriella Seemann Sjuksköterska gabriella.seemann@qualicare.se Viktoria Ratynska Läkare viktoria.ratynska@qualicare.se  Kontaktperson: hawzheen.abdulla@qualicare.se</i>
<b>Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!</b>
<b>Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?</b>
<i>Ett område där vi ser en klar förbättringspotential är hypertoni. Under perioden I medräva m4 inom de senaste åren (från 2019-09-19 till 2022-02-20) har vi totalt 523 patienter som har diagnos hypertoni. Av dessa hade 42 % bltr &lt;140/90, 35% bltr 140/90-160/100 och 16% bltr &gt;160/100. 5 % saknade värde för bltr. Vi har ingen uppsökande verksamhet för patienter i riskzonen för Hypertoni, vilket vi vill införa. Detta för att tidigare kunna sätta in insatser för att i sin tur minska risken för följsjukdomar. Sjuksköterskor kan i större utsträckning initiera utredning med dygnsmätning/hem blodtryck vid upptäckt av förhöjt blodtryck på sköterskemottagningarna.</i>
<b>Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete</b>
<i>Hypertoni</i>
<b>Steg 3 Övergripande mål</b>
<i>Förbättra kvaliteten i uppföljningen av våra hypertoniker samt vid handläggning av nyupptäckt hypertoni. Genom att bygga upp och strukturera en fungerande Hypertonimottagning samt ta fram verktyg för förbättringsarbete av Hypertonivården.</i>
<b>Steg 4 Specifika delmål–</b>

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Haninge Vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Hawzheen Abdulla	

- *Ur Medrave ta fram patienter med blodtryck >160/100.*
- *Vi hoppas uppnå vårt mål innan uppföljning 2022-12-31 (återrapportering del 2)*
- *Att minska andel listade hypertoniker med blodtryck >160/100 från dagens 16% till <10% samt att öks andel listade hypertoniker med blodtryck <140/90 från dagens 42% till 65%. Minst ett besök på blodtryck mottagningen per år och de sätts in på väntelista. Tidssatt från 20 februari 2022 till sista december 2022. Vi hoppas uppnå vårt mål innan uppföljning 2022-12-31 (återrapportering del 2)*

#### **Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)**

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda det så kallade ”fiskbensdiagrammet” eller ”orsak-verkan-diagram” för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>

- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

- a.
- *Genom sökningar i M4 identifiera de hypertoniker som inte uppfyller målblodtryck och prioritera att dessa kallas till kontroller.*
  - *Fastställa behandlingsansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.*
  - *Skapa en strukturerad rutin för att kontrollera patienter med förhöjt blodtryck. Detta innefattar även en väntelista för årlig kontroll.*
  - *Genom att kalla patienter för kontroll av blodtryck, läkemedelscompliance och erbjuda livsstilssamtal, sträva efter en förbättrad blodtryckskontroll.*
  - *Vid blodtryckskontroll kontrollera om EKG blivit kontrollerat senaste två åren, om inte, boka in för EKG*
  - *Skapa checklista för läkare och dsk att ha på rummet i möte med hypertoniker - Kontinuerligt följa statistik i M4*
  - *Kontrollera längd och vikt regelmässigt vid besök.*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Haninge Vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Hawzheen Abdulla	

- Vid önskemål om receptförnyelse utan läkarbesök senaste året skall sjuksköterska rutinmässigt kalla patienten till blodtryckskontroll.
- Skapa provtagningsgrupp i TC för att säkerställa en enhetlig utredning. Det underlättar för läkarna att hitta rätt prover och för sköterskor att kontrollera att patienten tagit basproverna.

b.

- Vårdpersonal delar ut kunskap broschyr, erbjuder livstilsråd för att öka compliance.
- Användande av motiverande samtal i möte med patienter
- Ökad frekvens av personlig uppföljning och med utrymme för strukturerad uppföljning av livsstilsförändringar och stöd i förändringsarbete. Det ger ökad delaktighet för patienterna i sin sjukdom. Personligt bemötande, kontinuitet och tillgänglighet vill vi präglar patientarbetet och att organisera arbetet utifrån detta blir en del av kvalitetsarbetet.

### Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år 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)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel hypertonipatienter med bltr <140/90.	42%	220220	>65	M4	T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Andel hypertonipatienter med bltr 140/90-160/100.	35%	220220	<20 %	M4	T.ex. dec 2022,

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Haninge Vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Hawzheen Abdulla	

						<i>ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 3</b>	Andel hypertonipatienter med dokumenterade rökvanor.	61%	220220	85%	M4	<i>T.ex. dec 2022</i>
<b>Indikator 4</b>	Andel hypertonipatienter med hypertontdiagnos som får BMI dokumenterat.	61%	220220	85%	M4	<i>T.ex. dec 2022</i>
<b>Indikator 5</b>	Andel kontrollerade blodfetter.	64%	220220	80%	M4	<i>T.ex. dec 2022</i>

**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 fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, 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 diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:  
forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

## DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

**A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?**

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Haninge Vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Hawzheen Abdulla	

- *Genom sökningar i M4 identifiera de hypertoniker som inte uppfyller målbloodtryck och prioritera att dessa kallas till kontroller.*
  - ***Detta har vi uppnått genom att placera de patienter som inte uppnår målbloodtryck på en väntelista, där de prioriteras till kontroll.***
- *Fastställa behandlingsansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.*
  - ***Denna idé har utförts i den mån personalomsättningen tillåtit. Patienter har kallats till olika läkare och sköterskor för kontroll och uppföljning.***
- *Skapa en strukturerad rutin för att kontrollera patienter med förhöjt blodtryck. Detta innefattar även en väntelista för årlig kontroll.*
  - ***Vid skrivande stund har alla patienter på väntelistan kallats för årskontroll av hypertoni, vilket innebär uppfyllt mål.***
- *Genom att kalla patienter för kontroll av blodtryck, läkemedelscompliance och erbjuda livsstilssamtal, sträva efter en förbättrad blodtryckskontroll.*
  - ***Detta har genomförts via besök hos både läkare och sköterska där dessa punkter tas upp, utvärderas och åtgärdas vid behov. Även broschyrer gällande hypertoni och livsstil har delats ut till patienterna för att öka förståelse och compliance.***
- *Vid blodtryckskontroll kontrollera om EKG blivit kontrollerat senaste två åren, om inte, boka in för EKG*
  - ***Detta finns med på rutinen för kontroll av hypertoni-patienter och genomförs vid behov. Samtliga professioner informeras och involveras i denna rutin.***
- *Skapa checklista för läkare och dsk att ha på rummet i möte med hypertoniker - Kontinuerligt följa statistik i M4*
  - ***Alla hypertoniker följ upp på samma sätt genom samma rutin. Statistik följ upp kontinuerligt av verksamhetschef.***
- *Kontrollera längd och vikt regelmässigt vid besök.*
  - ***Uppfylls på både läkare och sköterskebesöken för hypertoni-patienter.***
- *Vid önskemål om receptförnyelse utan läkarbesök senaste året skall sjuksköterska rutinmässigt kalla patienten till blodtryckskontroll.*
  - ***Detta görs av de patienter som är nylistade och som inte kommit med i årets väntelista för årskontroll då målet av årskontroll av resterande patienter uppfyllts.***

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Haninge Vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Hawzheen Abdulla	

- *Skapa provtagningsgrupp i TC för att säkerställa en enhetlig utredning. Det underlättar för läkarna att hitta rätt prover och för sköterskor att kontrollera att patienten tagit basproverna.*
  - *Vi har numera en provtagningsgrupp som heter "Årskontroll hypertoni" som innefattar basprover för hypertonipatienter. Denna beställning görs inför alla årskontroller och patienten informeras.*

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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 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)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel hypertonipatienter med bltr <140/90.	42%	220220	>65	42,7%	M4	221228
<b>Indikator 2</b>	Andel hypertonipatienter med bltr 140/90-160/100.	35%	220220	<20%	41%	M4	221228
<b>Indikator 3</b>	Andel hypertonipatienter med dokumenterade rökvanor.	61%	220220	85%	58%	M4	221228

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Haninge Vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Hawzheen Abdulla	

<b>Indikator 4</b>	Andel hypertoni-patienter med hypertoni-diagnos som får BMI dokumenterat.	61%	220220	85%	52%	M4	221228
<b>Indikator 5</b>	Andel kontrollerade blodfetter.	64%	220220	80%	72%	M4	221228

#### Övriga kommentarer:

*Vi tror att den sänkning som kan ses i resultatet kan bero på att vårdcentralen har ökat i listade patienter sedan förbättringsarbetet införts då det är en relativt ny vårdcentral som är växande.*

#### 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? 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.

1.  
*Vi har lärt oss att struktur och rutin för blodtrycksmottagning har bidragit med ökad patientsäkerhet, delaktighet och främjande insatser för att upptäcka hypertoniker i tidigt skede.*

2.  
*Vi har implementerat delaktighet och kunskap hos våra patienter genom att individanpassa varje besök för att kunna bedriva en personcentrerad vård. Frågorna som ställs utgår ifrån patientens egna livsstil och levnadsvanor, så att vi sedan kan anpassa och rekommendera åtgärder som är rimligt för patienten att uppnå och är enig med. På denna vis har vi ökat delaktigheten då patienten involveras i sitt egna egenvård.*

3.  
*Förbättringsarbetet kommer fortsätta och växa i samband med vår verksamhet, vi är medvetna om att vi har brister men är villiga och motiverade för att vidmakthålla det positiva vi har sett med detta arbete. Vi iakttar att vi är ett växande vårdcentral där resultat statistiken kan avvika på grund av ny listade patienter vilket motiverar oss ännu mer för förbättring.*

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

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)