

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

### del 1 och del 2: **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 diabetes 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2022**. Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

### **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. Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text. Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

#### **Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.**

Kontaktperson;  
*Susanne.vancrete@capio.se*

*Constantin.gavralidis@capio.se*

#### **Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!**

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

**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. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel. Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

*Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck. Vi har totalt 1157 hypertoniker på vår VC, av dessa når 54 % av patienter under 140/90 i blodtryck. 39% ligger mellan 140/90-160/100 och 7,2 % över 160/100. Vi ser också att vi inte registrerat tobaksstatus på de flesta av våra patienter (enbart registrerat tobaksstatus på 34 % av våra hypertoniker). Vi behöver även vara flitigare på att registrera BMI på våra hypertoniker (enbart registrerat BMI på 23% av våra hypertoniker).*

**Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete**  
Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?  
*hypertoni*

**Steg 3 Övergripande mål** – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)

*Patienter listade på vårdcentralen ska i ökad utsträckning nå målblodtryck för att minska risken för kardiovaskulär sjukdom. Vi ska även arbeta med patientens totala risk och bättre få fram BMI och tobaksstatus samt ta fram lokal rutin för omhändertagandet av patienter med hypertoni för att kunna erbjuda patienterna effektiv vård.*

**Steg 4 Specifika delmål**– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

*Att minska andelen listade personer inte når målblodtrycket från 46 % till 36%, tidssatt från 1 februari 2022 till sista december 2022 (all målformulering i denna blankett ska ha slutdatum innan året är slut).*

*Få bättre sammanställning av patienternas totala risk för kardiovaskulär sjukdom genom att bättra på statistik gällande BMI (få upp registrering till åtminstone 60%) och tobaksstatus (få upp registrering till åtminstone 60%). Även erbjuda hypertoniker som använder tobak kvalificerat rådgivande samtal som just nu ligger på 0% (målet är att få upp till 20%). Erbjud patienter med hypertoni FAR (just nu ligger vi på 0% FAR, målet är åtminstone 5%)*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

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

- 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 [verktyget fiskbensdiagram](#) 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>
- Hur tar ni reda på vad som 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](#).
- \_– Vi behöver etablera klara riktlinjer på vårdcentralen för hur vi ska omhänderta våra patienter med hypertoni för att se till att de har rätt diagnos och därmed rätt behandling.
  - Primärt bedömning av läkare eller sjuksköterska kunniga inom området som sätter rätt diagnos på hypertoni.
  - Undervisa personalen kring hypertoni diagnos, hur den sätts så att alla som kommer i kontakt med patienterna kan bidra till att diagnosen blir korrekt och behandlingen som ges blir den adekvata.

- Se till att rätt material finns på plats för att dygnsmätning ska ske korrekt.
- \_Patienterna anser av vikt att deras blodtryck når målvärdet. Patienterna engageras genom hembloodtrycksmätningar och dygnsmätningar. Även kontrollera blodtrycket själv via apparat på mottagningen. Patienterna är medvetna om vikten av egenvård i form av hälsosamma levnadsvanor.

### 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 processmåten, 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. <b>Antal</b>	Nuläge = <b>Startläge</b> (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärde

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 1</b>	Andel hypertoniker som inte når målblodtrycket <140/90 vid årskontroll hos läkare/sköterska.	46,2 %	210201-220201	36 %	Medrave 4, 220217	dec 2022
<b>Indikator 2</b>	Antal årskontroll HT varje månad	90	210201-220201	120	Medrave 4, 220217	dec 2022
<b>Indikator 3</b>	Antal 24h blodtrycksmätningar/månad	16	210201-220201	24	Medrave 4/VC egen lista	dec 2022
<b>Indikator 4</b>	Andel av hypertoniker där BMI journalförts	23%	210201-220201	60%	Medrave 4	dec 2022
<b>Indikator 5</b>	Andel som tillfrågats om rökning	34%	210201-220201	60%	Medrave 4	dec 2022
<b>Indikator 6</b>	Andel som fått FAR	0%	210201-220201	5%	Medr4	dec 2022
<b>Indikator 7</b>	Andel av rökare som fått erbjudande om kvalificerat rådivande samtal	0%	210201-220201	20%	Medrave 4	dec 2022

#### Kommentar (valfritt):

Många patienter kommer behöva ett läkemedel till för att sänka sina blodtryck. Vi kommer en gång per månad tar fram medravedata för att se hur det går och presenterar det för alla inblandade. Vi planerar även ta hjälp av APC's kunskapsteam "Hjärta/kärl" som kommer till oss och föreläser samt diskuterar.

#### 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 diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

[forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.slso@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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi har investerat i en till 24h blodtrycksmätare vilket har kortat ner tiden betydligt mellan kontroll och diagnossättning samt mellan diagnossättning och behandlingsstart/behandlingskorrigerig. Mottagningen har nu 2 mätare.</li> <li>• Vi har involverat patienten genom att motivera till blodtrycksmätning i hemmet. Delat ut blanketter för 7-dagars blodtrycksmätning i hemmet. Detta har lett i sin tur även till mer korrekt diagnossättning och minskad risk för feltolkning, överbehandling av patienter med bl.a. "white-coat syndrome".</li> <li>• Vi har etablerat en lokal riktlinje i kollegiet enligt evidensbaserad medicin, som detaljerat går igenom definition, korrekt mätningsteknik, handläggning med provtagning, behandling, journalföring och kontrollintervall.</li> <li>• Vi har undervisat och diskuterat under personalmöten kring hypertoniendiagnos 1 gång per månad, hur den sätts och behandlingen optimeras. Undervisning har gjorts av vår MAL samt st-läkare.</li> <li>• Vi har haft besök från regionen som informerat om bl.a. Hypertonibehandling via Kloka Listan.</li> <li>• Under covid har patienter inte följts upp enligt rekommendation för sin hypertoni och därmed har hypertoniker inte kallats enligt väntelisterutin. Detta har jobbat hårt med under året och 2 separata väntelistor för Diabetes och Hypertoni har renodlats. Patienter som både har diabetes och hypertoni tas vid samma besök som årlig diabeteskontroll och hypertoni väntelistan är renodlad bara för hypertoniker. Detta har lett till bättre handläggning av patienter, mer organiserad och strukturerad uppföljning har lett till att färre patienter missats att kallas när väntelistorna är organiserade och väl uppdelade.</li> <li>• Vi utför blodtryckskontroll på alla patienter som kommer för diabeteskontroll även om dem inte har hypertoniendiagnos sedan tidigare.</li> <li>• Vi har egna QPI ronder regelbundet där vi går igenom hur vår vårdcentral ligger till i förhållande till andra vårdcentraler i regionen och riket gällande hypertoni men också diabetes, astma-kolpatienter.</li> <li>• Vi utför sk VIK-utskick via vår chattfunktion med frågeformulär för patienten att fylla i inför besöken. Detta för att effektivisera besöken och journalföringen.</li> </ul>							
<b>B. Resultat</b>							
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål ( <b>klistra/kopiera in från steg 6 om ni vill</b> ) samt <b>resultatet</b> och <b>datum/period</b> 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)							
	<b>Indikatornamn</b>	<b>Start-</b>	<b>Datum/period för start-läge</b>	<b>Mål (% eller</b>	<b>Resultat (%</b>	<b>Källa</b>	<b>Datum /</b>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

	T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	läge (% eller antal)		antal)	eller antal)		period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel hypertoniker som inte når målblodtrycket <140/90 vid årskontroll hos läkare/sköterska.	46,2 %	210201-220201	36%	26,1%	Medra ve 4, 220217	31 dec 2022 i
<b>Indikator 2</b>	Antal årskontroll HT varje månad	90	210201-220201	120	60	Medra ve 4, 220217	31 dec 2022
<b>Indikator 3</b>	Antal 24h blodtrycksmätningar/månad	16	210201-220201	24	10,2	Medra ve 4, /VC egen lista	31 dec 2022
<b>Indikator 4</b>	Andel av hypertoniker där BMI journalförts	23%	210201-220201	60%	31,1%	Medra ve 4	31 dec 2022
<b>Indikator 5</b>	Andel som tillfrågats om rökning	34%	210201-220201	60%	51%	Medra ve 4	31 dec 2022
<b>Indikator 6</b>	Andel som fått FAR	0%	210201-220201	5%	0%	Medra ve 4	31 dec 2022
<b>Indikator 7</b>	Andel av rökare som fått erbjudande om kvalificerat rådivande samtal	0%	210201-220201	20%	4,17%	Medra ve 4	31 dec 2022

#### Övriga kommentarer:

I statistiken ur MedRave har endast listade patienter och endast Nydiagnostiserade hypertoniker räknats med. Avlidna/flyttade patienter ej medräknade.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

#### Indikator 1:

Statistiken till utgångsvärdet av antal hypertoniker som inte nått måltrycket har endast utgått från nydiagnostiserade. Om det skulle göras likadant vid statistiktagnin till resultatåret skulle det inte reflekterat vårdcentralens insatser för att få ner patienters blodtryck (vilket i del 1 framstår vara tanken bakom detta förbättringsarbete) utan endast hur väl vårdcentralen diagnosticerar nya hypertoniker. Hypertoniker diagnosticeras vid ett bestämt blodtrycksvärde styrd av regionala riktlinjer. Därför har resultatvärdet uppmäts och baserats på alla på vårdcentralen listade hypertoniker (utan att klicka i "endast nydiagnostiserade") för resultatåret. påvisas ett värde på **26,1%**, vilket tyder på en drastisk förbättring.

I NDR når 63,6% av de som har DMII (= diabetes typ 2) på vårdcentralen målbloodtrycket. Förra året 2021 var det 45 % av DMII som nådde målbloodtrycket, vi ser en ökning på 18,6% sedan förra året som når målbloodtryck.

I NDR når 63,6% av DMII målbloodtryck på denna vårdcentralen i jämförelse med rikets 59,3%.

Indikator 2: Dessa värden återfinnes inte i Medrave, vi har utgått från antalet bokningar i schemat. Då verkar inte ursprungsvärdet i startläget stämma.

Indikator 3: VC lista återfinnes ej och resultat värdet utgår från antal patienter som fått KVÅ-kod för 24h-blodtrycksmätning i MedRave.

Enligt MedRave var det 6,9 patienter i snitt per månad under startlägesåret. Resultatåret ligger i snitt på 10,2 per månad, vilket är en ökning på 147%.

Indikator 4: Jämfört med NDR där 72% av diabetikerna med DMII på vårdcentralen är det registrerat BMI på.

Indikator 5: optimalt hade varit att i förbättringsarbetet inkludera all form av tobak så som snus. I NDR har 71 % av av patienterna DMII på vårdcentralen tillfrågats under året om tobaksvanor som rökning och snus.

Vad gäller indikator 7 går det inte att erhålla info om hur många som fått **erbjudande** om rådgivning och alltså tex tackat nej eller inte dykt upp på sin rådgivningstid alternativt hänvisats till annan enhet för rådgivningen. Resultatet är alltså baserat på endast hur många som **fått** råd hos oss. I det ligger ytterligare en förbättringsmöjlighet i definitionen av indikator 7. Utöver hypertoniker har:

-6 patienter med DMII har också fått kvalificerad tobaksavvänjning under tidsperioden.

#### C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- 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?
- 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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

<p>1.</p> <p>Att många med Hypertoni har samsjuklighet DMII. DMII kontroller, uppföljning och behandling har därmed också förbättras.</p> <p>Att noggrant formulerade frågeställningar i förbättringsarbete är viktigt. Inte bra att detta uppdrag tilldelades en roterande ST läkare då det inte är samma personal som påbörjat som också avslutar projektet.</p> <p>Metoderna har fungerat bra vad gäller antalet som når måltrycket.</p> <p>Vidare har vi lärt oss VIK-utskick via Flow, vårt chattsystem. VIK-utskick är frågor om livsstil i linje med de frågor som region Stockholm rekommenderar om kost, motion, tobak och alkohol.</p>
<p>2.</p> <p>Kunskap har använts via anamnestagning för att bilda helhetsbild av patientens livssituation för en anpassad rådgivning, för en ökad följsamhet samt för att bygga en helhetsförståelse av patientens hälsa för förbättrad preventiv och behandlande vård.</p> <p>Involverat patienten genom att motivera till blodtrycksmätning i hemmet. Delat ut blanketter för 7-dagars blodtrycksmätning i hemmet. Detta kan ha bidragit till ett ökat engagemang av patienter som gett dessa fina resultat. Det leder i sin tur även till mer korrekt diagnossättning och minskad risk för feltolkning, överbehandling av patienter med bl.a. "white-coat syndrome". Vi har lagt stort fokus på rådgivning och livsstilsamtal för att öka förståelse och involvering hos patienter, detta reflekteras i de goda resultaten.</p> <p>Som bifynd har vi fått bättre uppföljning av och jobbat väldigt hårt med diabetikerna och samsjukligheten med hypertoniker.</p> <p>88% av alla hypertoniker under resultatperioden står på hypertoni-läkemedelsbehandling.</p> <p>39% av alla hypertoniker står även på Lipidsänkande (NDR 60, 1 % av typ 2 diabetikerna på vårdcentralen har lipidsänkande läkemedel)</p> <p>93% av alla hypertoniker står på hypertoni-behandling läkemedel. (jämför med NDR 80 % av typ 2 diabetikerna på vårdcentralen står på hypertoni-behandling)</p>
<p>3.</p> <p>Vi avser att jobba hårdare med indikator 4, 5 och 6 framöver. Förmågan att uppfylla delmålen har delvis orsak i bristande uppföljning då kontaktpersonen och projektledaren ej funnits på plats. Som lärdom av det tar vi med oss att inte tillägna denna roll till en roterande ST-läkare. Det behöver även ses till att definiera indikationerna på ett sätt som utesluter feltolkning och felkällor för att undvika inkonklusiva resultat.</p> <p>Vi tänker ta upp i kollegiet att BMI ska ingå i anamnesen för årskontroller, fortsätta fråga om tobaksbruk, BMI och fysisk aktivitet och även inkludera alkoholvanor i anamnesen för hypertoniker.</p>



Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Badhotellet VC	
Verksamhetschef Susanne VanCrete	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi planerar att bjuda in talare/fysioterapeut att tala om FaR för att motivera till ökad receptskrivning.  
Kvalificerad tobaksavvänjning är något vi vill fortsätta satsa på. Ytterligare en sjuksköterska är under utbildning för kvalificerad rökavvänjning. Med det förväntas fler erhålla kvalificerade rådgivningssamtal.

Under covidpandemin tidigare år har patienter inte följts upp enligt rekommendation för sin hypertoni och därmed har hypertoniker inte kallats enligt vänteliste-rutin. Detta år har 2 separata väntelistor för Diabetes och Hypertoni renodlats, alla listade patienter har gått igenom manuellt för att inte missa någon. Patienter som både har diabetes och hypertoni tas vid samma besök och hypertoniväntelistan är bara för hypertoniker.  
Detta har lett till en bättre handläggning av patienter samt mer organiserad och strukturerad uppföljning. Färre patienter missas att kallas när väntelistorna är organiserade och väl uppdelade. Eftersom det är samma provtagningsunderlag hos oss för båda så kontrolleras Blodtrycket även på dem som kommer för diabeteskontroll, som extra kartläggningsåtgärd.  
Detta har gett goda resultat och vill vi fortsätta lägga tyngd på framöver.

Under vårt arbete har vi upptäckt att när en person får fokusera på en patientgrupp(som tex diabetes) ökar uppföljning och behandlingsresultat av dessa patienter. Det ser vi på diabetespatienter som sköts av diabetessköterska att BMI och rökavvänjning registrerats i högre procentsats än procentsatsen för detta arbete. I detta förbättringsarbete har inte en specifik person fått ansvar för alla blodtrycksmottagningar, utan ansvaret har delats gemensamt av alla medarbetare. Förbättringsmöjlighet framöver är att stärka upp blodtrycksmottagningen genom att tillägna det ansvaret till en specifik person och även tydliggöra dessa tidsbokningar via egen "färg" i tidboken.

I fokus att öka tillgänglighet till blodtrycksmätning och fysiska besök har stor del av blodtrycksmätningar lagts över till uskor vilket förutsätter att god återkoppling till ansvarig läkare eftersom dem saknar behörighet att handlägga och behandla samt ge råd. Kommande år ska fler hypertoniker få träffa ssk istället för usk, och en ssk-Hypertonimottagning etableras enligt ovan.

Vidare har vi planer på att införskaffa automatisk ankel/braccial indexmätare samt tåtrycksmätare till specifik behandling till de patienter som misstänks ha nedsatt cirkulation i benen. Till denna grupp hör blodtryckspatienter som oftast har fler diagnoser b.la. DMII.

Vårt att notera är att ca 600 patienter listat om sig sedan datum för startläge och påverkar därmed statistiken i detta arbete.

MedRave står för statistiken i detta arbete.

Vårdcentralens egen lista har ej använts för resultatvärdena.

Utdrag ur schemat har använts för resultat till indikator 2 och utesluter ej mänsklig faktor som felkälla i schematolkningen.

**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.slo@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se)