

Alviks VC Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: – Hypertoni -

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Alviks Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Marie Schill
Verksamhetschef Helena Alfredsson	Verksamhetschefens e-post Helena.alfredsson@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Paul Erling	Kontaktpersonens e-post Paul.erling@regionstockholm.se

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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2025**, **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026** **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetssätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Paul Erling
Profession: specialistläkare allmänmedicin

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.
- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A:

Helena Alfredsson, verksamhetschef (specialist i allmänmedicin)
Andreas Hufnagl, specialist i allmänmedicin och MLA
Helene Åhlander, enhetschef (dsk)
Paul Erling, specialist i allmänmedicin
Cicki Wiklund, distriktssköterska
Kim Toss, ST-läkare
Anna Geary, ST-läkare
Sarah Lodenius, medicinsk sekreterare
Caroline Börjesson, medicinsk sekreterare
Liselotte Koponen, undersköterska

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B:

Patientinformation med lokal anpassning planeras att utformas med råd om hur vi tillsammans med patienten kan nå målbloodtrycket.
I detta arbete planeras synpunkter tas in från ett utvalt antal (ca 2-4) patienter med hypertoni antingen skriftligt eller genom intervju.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna 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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

På Alviks vårdcentral når vi idag redan goda resultat vad avser flertalet parametrar inom de stora folksjukdomarna. Ett område där vi dock under flera år underpresterat jämfört andra är inom området hypertoni. År 2020 resp 2021 gjordes förbättringsarbeten avseende detta men trots de insikter och förändringar som gjorde med ökat antal hembloodtryck, ökad patientinformation mm har vi inte nått vårt mål avseende behandlingsresultaten där vi önskar ligga bättre till.

Idag (24-12-31) når 52,8 % av våra patienter ett blodtryck under 140 resp 90 vilket är 1,7 procentenheter sämre än genomsnittet för Stockholm (54,5%) samma mättidpunkt. Vi har samtidigt en prevalens (14,6%) som är något lägre än riket och övriga Stockholm (16,1%).

Vi önskar förbättra resultaten och få fler patienter att komma ner under 140/90 i blodtryck samt öka prevalensen och antalet opportunistiska BT-mätningar i vår verksamhet.

Som ytterligare ett fristående mål men också som en del i att nå resultatförbättringarna ovan planerar vi att införa en egen-BT-mätningsstation för våra patienter. Vi tror att det förutom att kraftigt förbättra tillgängligheten för fler mätningar också kan minska risken för falskt höga blodtryck och även minska onödiga inköp av egna apparater för patienter som ej behöver sådana vilket minskar belastning både på personlig ekonomi och miljö.

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

”Hypertoni – hur hittar vi fler och behandlar mer?”

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till ”Målformulering”: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

- 1) Vi vill öka andelen patienter med diagnosen hypertoni som har ett blodtryck under 140/90 registrerat som senaste värde. Detta är ett sätt att förhoppningsvis minska förekomsten av hjärt-kärlrelaterade följsjukdomar som hjärtsvikt, stroke, njursvikt m fl på sikt hos våra patienter.
- 2) Vi vill att fler patienter som har hypertoni utan diagnos blir upptäckta och får behandling. Även detta i syfte att minska långtidskomplikationer enligt ovan.
- 3) Vi vill öka patienternas delaktighet, betona egenansvar och möjlighet att nå blodtrycksmålen genom dialog och egna insatser. Detta i syfte att förutom att minska risken för sena komplikationer också öka vår effektivitet. Genom att patienterna blir mer delaktiga har vi mer tid och resurser att hjälpa fler.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

1: Syftet med behandlingen ej tillräckligt tydligt för patienten.

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

- 1.1: Intervju/synpunkter från patienter.
- 1.2: Utarbeta lokalt förankrad patientinformation.
- 1.3: Föreläsning om Hypertoni (Dr Anders Norrman, Akademiskt Primärvårdscentrum.)

2: Möjligheterna för utvärdering av behandlingsinsatser/åtgärder är för få om patienten inte har egen mätare?	2.1: Starta egenmätningsstation med instruktioner. 2.2: Se över om man kan skicka ut erbjudande om inrapportering av hembloodtryck via Alltid Öppet på samma sätt som tex blodsocker-kurva.
3: Att nå blodtrycksmålet prioriteras för lågt ned av vårdpersonal eller följs inte upp hela vägen till dess man nått målet.	3.1: Engångsinsatser för åtgärd bland ett urval av patienter som inte når målen samt kartläggning av möjlig orsak hos de enskilda patienterna. 3.2: Föreläsning om Hypertoni (Dr Anders Norrman, Akademiskt Primärvårdscentrum)

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (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 patienter med diabetes. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med Rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med hypertoni-diagnos med blodtryck under 140/90	52,8 %	24-12-31	>54,5 % (snitt Stockholm)	Med Rave	25-12-31
Indikator 2	Prevalens patienter med dx hypertoni	14,9	24-12-31	>16,1 (Snitt Stockholm)	Med Rave	25-12-31
Indikator 3	Förekomst av möjlighet till egenmätning på VC	null		Finns		25-12-31
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2025</i>

Indikator 5						<i>T.ex. dec 2025</i>
Kommentar (valfritt):						
<p>Indikator 1: I primärvårdskvalitet väljer man område ”hypertoni” och ”HTO2L2” och håller markören på tidsserien för att leta upp 24-12-31</p> <p>Indikator 2: I primärvårdskvalitet väljer man område ”hypertoni” och ”HTO”1 och håller markören på tidsserien för att leta upp 24-12-31</p> <p>Se bilaga bilder ”indikator 1” resp ”indikator 2”</p>						
Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)						
<p>Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad? • Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills? • Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra? • Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé? 						
<p>Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.</p> <p>A) Planeringen är att varje specialtläkare med patientlista får identifiera 10-20 stycken patienter på sin lista som har ett blodtryck över 140/90 eller som har ett blodtryck under 140/90 men det är ej korrekt registrerat i journalen (tex registrerat i löpande text, fel sökord eller inscannad på pappersformulär osv). Dessa patienter tas fram med Medrave. Sekreterare/vårdadministratör/projektansvariga bistår med att ta fram listor enligt instruktion.</p> <p>Listorna tilldelas varje enskild läkare som får välja att åtgärda genom ett av följande sex val</p> <ul style="list-style-type: none"> • A1: Kontroll av BT hos dsk/ssk/egenmättningsstation • A2: Genomgå 24h blodtryck • A3: Utföra egenmätning under en vecka enligt våra instruktioner antingen via blankett eller webformulär (i Take care) eller i Alltid Öppet. • A4: Dosjustering av läkemedel. • A5: Ingen åtgärd (tex patienten har av sagt sig behandling, intolerabla biverkningar, hypotonier/ortostatism mm, ej relevant (tex taget under särskilda förutsättningar som tex akutbesök avseende annan åkomma och annars normotensiv)). • A6: Korrigera felaktigt inmatade/ej registrerade men medicinskt godkända blodtryck <140/90 <p>I listan markeras åtgärder ovan på patienter som uppfyller urvalet i A. För åtgärder 1-3 kan listan lämnas till ssk/dsk för inbokning/åtgärd.</p> <p>Efter vidtagna åtgärder enligt 1-3 återrapporteras mätresultaten till vederbörande läkare för ställningstagande till intensifierad behandling.</p> <p>B) I samband med genomgång av urvalet enligt A noterar också läkaren varför kvalitetsmålet <140/90 inte nåtts bland följande val:</p> <ul style="list-style-type: none"> • B1: Patienten följdes inte upp av vårdpersonalen. • B2: Patienten återkopplade inte resultat av mätning enligt instruktion. • B3: Patienten fick biverkningar och slutade med medicin. 						

- B4: Patienten påbörjade inte behandling.
 - B5: För avvaktande förhållningssätt av vårdgivare avseende behandling.
 - B6: Behandlingsmål uppnådda men har registrerats inkorrekt/ej registrerats
 - B7: Övrigt eller ej tillämbart
- C) Listorna kommer sedermera lämnas åter till projektledningen för analys och har då angivelser i marginalen tex A1, B2 m fl. Syftet är att spara de data avpersonifierat för att möjliggöra en fortsatt analys av hur vi kan förbättra hypertoni vården.
- D) Ta kontakt med ett par stycken blodtryckspatienter och inhämta deras synpunkter för att utarbeta en lokal patientinformation som skall innehålla: Syftet med blodtrycksbehandling, hur patienten kan mäta och följa, hur patienten kan återkoppla till behandlare/vårdenhet osv.
- E) Ordna en intern föreläsning för sköterskor avseende blodtrycksmätning och hypertoni behandling. Skall innehålla tex mätteknik, instruktion egenmätning, validering av egen mätare, övergripande behandling.
- F) Bjuda in Akademiskt Primärvårdscentrum för att föreläsa för läkare och sköterskor om hypertoni
- G) En egen mätstation/blodtrycksmätare avsedd för egenmätning införskaffas till vårdcentralen och planeras så att patienterna på en lugn avskild plats på vårdcentralen har möjlighet att på drop-in mäta sitt blodtryck. På platsen finns instruktioner på hur de mäter samt hur de skall tolka resultatet.
- H) Undersöka om möjlighet finns till att bjuda in patienten till egenrapportering av blodtryck i en mall på Alltid Öppet på samma sätt som Webformulär gör i Take Care.
- I) Göra en ny kallelse "hypertoni årskontroll" där vi lägger in lydelsen " Ta med fördel med egenmätningar av blodtrycket om du brukar mäta det i hemmet." Lägga samma lydelse i kallelse "årskontroll diabetes"
- J) Mäta antalet egenmätningar på vår mätstation

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2025 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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 infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

A+B)

Vi har via MedRave delat ut listor till specialisläkarna på de patienter som de haft på sin lista som mellan perioden 230601-250430 haft blodtryck registrerade över 140 resp över 90 i syfte att identifiera och koda 10-20 stycken patienter enligt "åtgärd/orsak" koder ovan under steg "ACTION". Detta har lett till att de arbetat med åtgärder som dels resulterat i mer korrekta och aktuella data (mätningar), samt läkemedelsjusteringar eller korrektion av felregistreringar (tex om det skrivits uppnådda målvärden i löpande tex).

C)

Analys av resultaten visar att:

-I fallande ordning blev **"ingen åtgärd"**, **dosjustering** av läkemedel och **egenmätning** vanligaste åtgärderna som utfördes efter att läkaren gick igenom in lista och dessa utgjorde tillsammans **79% av besluten**.

-Som angiven orsak till att behandlingsmål ej tidigare uppnåtts angavs i fallande ordning **"Övrigt eller ej tillämbart"**, **"Behandlingsmål uppnådda men har registrerats inkorrekt/ej registrerats"** och **"patienten återkopplade inte resultat av mätning enligt instruktion"** som de vanligaste orsakerna och utgjorde tillsammans **84% av orsakerna**.

C)

ST-läkare Anna Geary har tagit kontakt med tre stycken av sina blodtryckspatienter och inhämtat deras synpunkter utifrån deras perspektiv. Hon har skrivit en lokal patientinformation om hur patienter tillsammans med oss kan vara delaktiga i sitt arbete att behandla och nå sitt målblodtryck.

E+F)

Vi har under vårterminen 2025 haft två stycken föreläsningar för läkare och sjuksköterskor. Dels extern föreläsare Dr Anders Norrman från APC som föreläst för oss alla om hypertoni på ett mer övergripande plan.

Dels har en av våra ST-läkare Kim Toss föreläst med något mer praktisk inriktning för sköterskorna. Utöver detta har vi haft återkommande information om kvalitetsarbetet på personalmöten och läkarmöten för att diskutera arbetet men också belysa och påminna om vikten av blodtrycksbehandling generellt och de insatser vi gör extra i år inom området

G)

Vi har införskaffat en egenmätningstation för överarmsmätning och inrättat en plats för denna där patienten utan tidsbokning kan mäta sitt blodtryck. Detta i syfte att underlätta för egenmätning och få bättre underlag och återkoppling för att kunna detektera hypertoni men också nå målblodtrycken. Mätstationen började användas i november 2025.

H)

Vi har utvecklat ett ”erbjudande” i Alltid Öppet som kan skickas till patienten där de kan fylla i sina egenmätningar och ange snittet av dessa och de antal tillfällen de mätt. Syftet är att skapa ett smidigt sätt för patienter att kunna återrapportera hemmätningar samt egenmätningar från vår drop-in station utan att de skall behöva göra en hel veckas mätningar enligt den mall som redan finns i webbformulär. Detta kan vara aktuellt hos patienter som tex gjort en dosändring av ett läkemedel eller de som har ett mindre fluktuerande blodtryck där ett färre antal mätningar räcker för att ge ett trovärdigt resultat.

Det är även en rapporteringsmetod som minskar risken för utebliven återkoppling då ärendet ligger i Alltid Öppet och syns som obesvarat från både vårdgivare och patient om det inte återrapporterats.

I)

Ändrat kallelse för hypertoni och diabeteskontroll med uppmuntran till att ta med egna mätningar i hemmet till besöket i syfte att få ett bättre underlag tills besöken och en bättre patientmedverkan.

J)

Mätstationen började användas i november. Till dags dato 16/1-2026 har **57 stycken patienter** markerat användning.

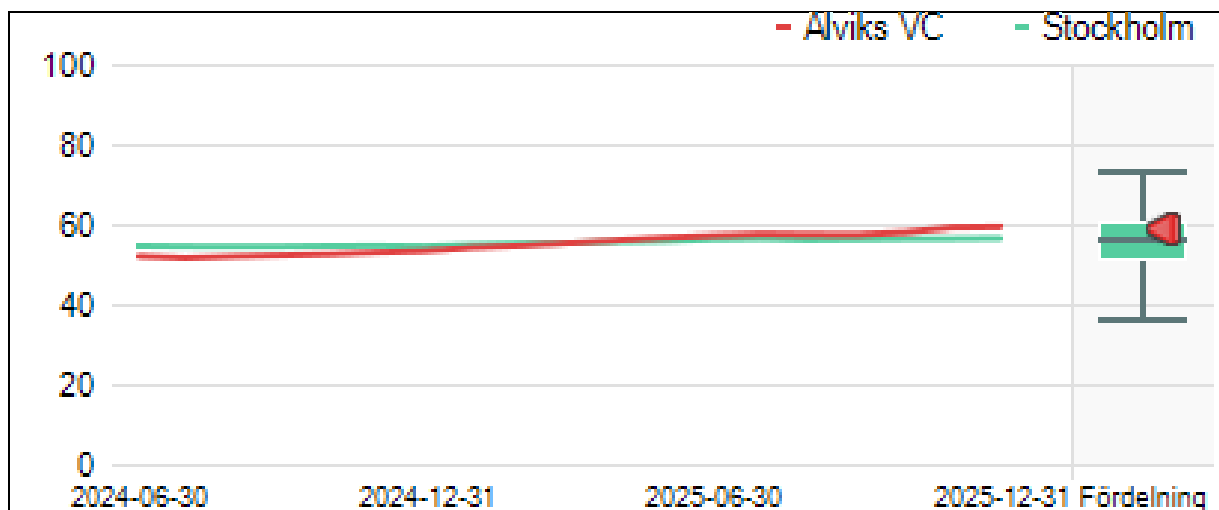
Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med hypertoni-diagnos med blodtryck under 140/90	52,8 %	24-12-31	>54,5 % (snitt Stockholm)	59,3	Med Rave	25-12-31
Indikator 2	Prevalens patienter med dx hypertoni	14,9	24-12-31	>16,1 (Snitt Stockholm)	14,4	Med Rave	25-12-31
Indikator 3	Förekomst av möjlighet till egenmätning på VC	null		Finns	Finns och har använts av 57 patienter hittills 16/1	Egen mätt	25-12-31

Övriga kommentarer:

Bilaga indikator 1:



Målet för antal patienter med god blodtrycks kontroll **har** uppnåtts med införda metoder.

Målet avseende prevalens **har ej** uppnåtts.

Målet med införande av egenmättningsstation **har** uppnåtts.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Arbetet har varit brett förankrat hos medarbetare och har diskuterats i personalgrupperna flera gånger.

Det har funnits ett stort engagemang bland de behandlande läkarna som också upplever att de nya möjligheterna att följa patientens behandling och registrera gör det lättare att nå behandlingsmålen. Vi upplever att vi har fått svart på vitt ett sannolikt svar på en fråga vi länge ställt oss, dvs varför vi legat sämre i våra resultat avseende blodtrycksbehandling jämfört andra enheter men också lyckats förbättra detta.

Vi använder numera fler sökord i journaler och mer underlag för att registrera värden korrekt.

Vad avser prevalensen är den trots ett allmänt ökat fokus på hypertoni som sjukdom sista året hos oss oförändrad nu ett år senare. Någon särskild riktad eller opportunistisk screening har vi dock med avsikt inte gjort även om det kan komma att omvärderas.

Det är lätt att låta sig lockas av tanken att vi har lägre förekomst av hypertoni bland våra patienter än snittet i Stockholm av socioekonomiska skäl men i MedRave kan man se hur andra enheter med både högre och lägre socioekonomisk status har både högre och lägre förekomst. Det är därmed svårt att dra slutsatser om detta. Det kan också ha att göra med vad som på den aktuella vårdenheten är praxis för att sätta diagnosen hypertoni. Indikatorn kräver enbart att diagnosen har satts en gång sista fem åren och således "lever den kvar" oavsett om det visade sig att diagnos satts prematurt och senare visats sig vara tillfällig/fel. En god diagnostisk metod kan tex antas fria fler med vitrockshypertoni.

Värt att beakta är också att en indikator som mäter 5 år tillbaka som denna troligen även kräver mer än ett års ändrat arbetssätt för att detektera en relevant skillnad.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Vi har i intervjuer med några patienter med hypertoni efterhört vad de upplever svårt eller var det finns förbättringsmöjligheter. Det framgår dock ganska olika önskemål och svårigheter varför det är viktigt att individualisera behandlingen. En del föredrar att mäta hemma, andra vill inte ha någon mätare. En del vill jobba digitalt, andra vill ha ett papper för egenmätning (vilket vi också har att erbjuda och använder en del) att ta med till besök eller lämna in. En del vill komma på besök medan andra bara vill ha medicin och mäta.

I vår patientinformation som utformats efter intervjuerna har vi önskat hålla informationen relevant men också samtidigt i sina delar så allmänt hållen att den öppnar för individuella anpassningar vad avser diagnostik, behandlingsmål och uppföljning.

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.

Vi kommer att fortsätta med de arbetsmetoder vi har implementerat då vi upplever att de gett önskade resultat och en kvalitetsförbättring i hypertoni vården hos oss.

I nästa års arbete kommer vi bibehålla tema hypertoni men försöka vidareutveckla och bibehålla kvaliteten utan punktinsatser. Vi avser då också se om det finns möjligheter till mer individualiserade uppföljningar för att kunna ge vård ännu mer patientcentrerat och resurseffektivt utan sämre kvalitetsutfall.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast **31 januari 2026** till funktionsbrevlådan förbättringsarbeten.apc.sloso@regionstockholm.se
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

