

Arenastadens VC. Hypertoni 2025 del 1&2

Information om husläkarmottagningen	
Arenastadens vårdcentral	Informationsapotekare Lisa Unogård Maxstad,
Verksamhetschef Shokoufeh Nazari	Verksamhetschefens e-post verksamhetschef@arenavardcentral.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Shokoufeh nazari	Kontaktpersonens e-post verksamhetschef@arenavardcentral.se

Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifyllt och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sloso@regionstockholm.se **senast den 1 mars 2025, obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

Denna mall med även **del 2** ifyllt (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: Shokoufeh Nazari
Profession: Verksamhetschef/Distriktsköterska /Diabetes Ssk/ Astma och KOL Ssk

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

Ann Christin Carlsson	Receptionist
Elaheh Ghazvini	Undersköterska
Hori Alla	Psykolog
Hanye Momeni	Psykoaterap
Hadith Kamangar	Sjuksköterska
Maja Lundqvist	Allmänspecialist läkare
Nicole Pirani	Undersköterska
Rawa Jawdat	leg läkare
Shokoufeh Nazari	Diabetessköterska
Tayeb Hossieni	Allmänmedicin läkar
Zaho Bian	Allmänmedicin läkare

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

Förslagslåda

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.

”Hypertoni ökar risken för stroke, hjärtsvikt, njursvikt, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer och andra arytmier, arteriella kärl katastrofer och demens” (viss.se).

Syftet att vi ska försätta med hypertoniomottagningen är att hålla blodtryck till en normal nivå samt att förhindra stroke, hjärtsvikt och andra komplikationer som framkommer vid hypertoni.

Vi har tagit fram data från Medrave och det visar att, från år 2020 till slutet av år 2024 har vi 440 patienter med hypertoniendiagnos. I tidigare arbete har vi förbättrat oss med att samla data på BMI, LDL, e GFR och åtgärd. Det som saknades var EKG, U-Albumin//kreatinin, samt en stor andel patienter vill inte ta statiner på grund av biverkning

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.

Vi har valt temat hypertoni för vårt förbättringsarbete. Vi ska fokusera på högt blodtryck, EKG, U-Albumin//kreatinin, och Statin.

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-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Målet är att försätta patienterna behålla ett blodtryck under 140/90, U-Albumin/ kreatinin, under 3,0 mg/mmol och LDL under 3.

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-forbattringstrappa/>

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/>

Dålig följsamhet till rekommenderade behandlingsriktlinjer avseende Statiner.

Att ge Kunskap/information och uppmuntra till behandling med statiner för de patienter som enligt riktlinjer skulle gynnas av detta.

Patienterna uttryckte oro för biverkningar av statiner.

Motiverande samtal hos sjuksköterskan för att minska oron, förklara att man kan byta preparat vid eventuella biverkningar.

Varierande grad av behandlingsmål för enskild patient.

Involvera patienten i sin egen behandling genom att följa hembloodtryck och ha kunskap om sitt eget målbloodtryck, att erbjuda broschyren ”högt blodtryck hypertoni”.

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-forbattringstrappa/>

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	Nuläge %	Datum/period för start-läge	Mål %	Källa	Datum för att uppnå mål
Indikator 1	Andel patienter som har blodtrycket <140/90	72 %	Data från 2020.01.01 - 2024.12.31	80%	Medrave	2025.12.31
Indikator 2	Andel patienter som registrerad EKG	20 %	Data från 2020.01.01 - 2024.12.31	40%	Medrave	2025.12.31
Indikator 3	Andel patienter som registrerad U-Albumin/kreatinin	16 %	Data från 2020.01.01 - 2024.12.31	40%	Medrave	2025.12.31
Indikator 4	Andel patienter som har fått Statiner	39%	Data från 2020.01.01 - 2024.12.31	50%	Medrave	2025.12.31

Kommentar.

Startperiods är från 2025-01-01 men vi har kollat i bak å tiden från 2020 i syftet att fånga upp fler patienter.

Enligt vår tidigare rutin vi kommer att kalla alla dessa målgrupper (hypertoni) till sista maj. Vi kommer att mäta blodtrycket, BMI, midjemått, EKG och ta prover (kolesterol, LDL, kreatin, glukos (i syfte att även hitta nya prediabetes), triglycerider, kalium, U-Albumin//kreatinin). Vi kommer att göra läkemedelsgenomgång med patienterna

Därefter sätter vi upp mål och behandling till riskgrupperna utifrån deras referensvärden. Det kan vara mellan 1–5 besök fram till december 2025.

Vi kommer att ta ut data varannan månad från Medrave, och sedan sätta upp nya mål utifrån det.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

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/>

Skriv upp varje steg:

- 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 tänk? 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?

Vi kommer att försätta arbeta utifrån PGSA.

- Att planera och kartlägga de berörda hypertoni patienterna.

- Att ta fram data från Medrave, på de valda indikatorerna och identifiera de patienter som behöver behandling/uppföljning.

Vem som gör vad:

- Undersköterskan kommer att kalla den valda pariteten.

- Receptionen kommer att meddela patienterna om förslagslåda efter deras besök (finns framme).

- Vi kommer att dela upp arbetet i teamet mellan läkare, sjuksköterskor, undersköterska och psykolog:

-Vi kommer att diskutera lämpliga behandlingsstrategier hos de valda patienterna utifrån deras värde på provsvar och blodtryck.

- Vi kommer att kartlägga på nytt och sätta upp nya mål, göra tätare uppföljningar, och diskutera resultaten med patienterna.

-Vi vill arbeta med att förbättra levnadsvanorna hos våra hypertoni-patienter, vid behov skicka remiss till dietist och FaR.

-Vi kommer att ha MI-Samtal med hypertoni-patienter gällande statinbehandling.

- Vi kommer att göra läkemedelsgenomgång och extra återbesök till läkare/SSK utifrån enskilda pat.

-Vi kommer att försätta med blodtrycks kurva. Patienter ta sin blodtrycket i hemmet och fylla i kurvan och ta med sig vid nästa besök.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.

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

I syfte att höja kvaliteten i vården för patienter med högt blodtryck har ett breddande och målmedvetet förbättringsarbete initierats. En sjuksköterska har fått ansvaret för att leda och samordna arbetet.

En central del av arbetet har varit att skapa ordning i våra patientlistor. Den tidigare otillförlitliga väntelistan har ersatts med en fungerande kontrollista i journalsystemet, vilket möjliggör en systematisk uppföljning av patienter i behov av kontroller.

Under genomgången av listorna identifierades flera brister. Exempelvis upptäcktes patienter med hypertoni som saknade korrekt diagnos i systemet – detta har nu åtgärdats. Vi har även säkerställt en enhetlig och korrekt dokumentation av blodtrycksmätningar, så att vården registreras på rätt plats.

Bland patienterna fanns även sådana som inte hade träffat läkare på mer än 18 månader. Dessa har vi aktivt kontaktat via telefon och erbjudit en helhetsuppföljning, inklusive provtagning, läkarkonsultation och blodtrycksmätning. Samtidigt har kontrollistan gallrats från patienter som felaktigt var registrerade hos oss, till exempel de som erhåller sin vård på annan mottagning.

För att säkerställa ett långsiktigt och hållbart arbetssätt har en ny rutin implementerad. Den beskriver hur kontrollistan regelbundet ska användas för att kalla patienter till uppföljning,

vanligen via brev eller telefon, vilket skapar en tydlig och stabil process.

För att engagera hela personalen i förbättringsarbetet har vi kontinuerligt belyst hypertoniåtgärder på våra temamöten. Fokus har legat på vikten av korrekt dokumentation och tydliga mål värden, vilket har höjt medvetenheten inom hela enheten.

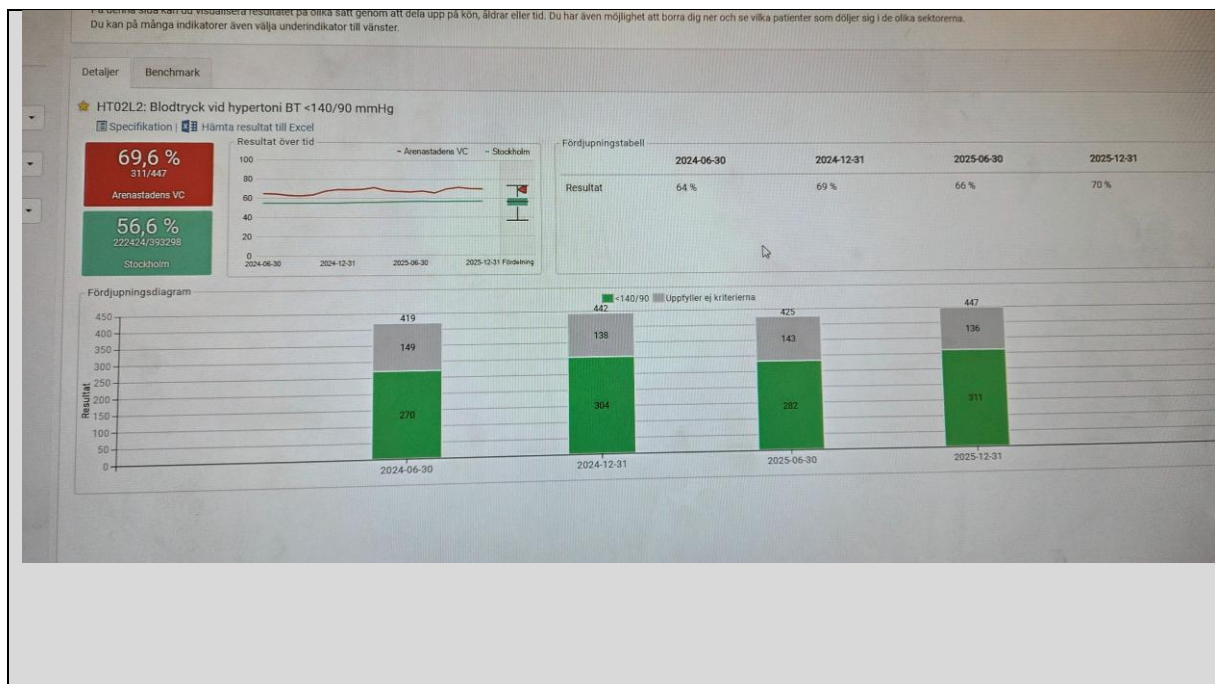
Arbetet är väl inlett, men för att det ska nå full genomslagskraft och bli helt integrerat i vår verksamhet krävs ytterligare tid och regelbunden uppföljning.

Vi noterade också ett problem med många uteblivna besök. Som åtgärd ringde sjuksköterskan upp patienterna för att förtydliga vikten av uppföljning och informera om risker. Genom detta fokuserade arbete har vi dessutom identifierat fler patienter med diabetes och förhöjda blodfetter.

Uppföljningsstrukturen är nu tydligt definierad. Patienter med högt LDL-kolesterol återkallas för ny provtagning efter tre månader. Vid blodtrycksjustering sker kontroll efter två veckor. Patienter med diabetes remitteras vidare till specialistsköterskan för fortsatt vård.

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 som har blodtrycket <140/90	72%	2025.01.01 -	80%	72%	Medrave	2025.12.31
Indikator 2	Andel patienter som registrerad EKG	20%	2025.01.01 -	40%	29%	Medrave Medrave	2025.12.31
Indikator 3	Andel patienter som registrerad U-Albumin/kreatinin	16%	2025.01.01 -	40%	50%	Medrave Medrave	2025.12.31
Indikator 4	Andel patienter som har fått Statiner	39%	2025.01.01 -	50%	57%	Medrave	2025.12.31

Övriga kommentarer:

Vi uppnådde inte vårt mål om 80 % av patienter med blodtryck under 140/90, men resultatet på 72 % kan ses som stabilt. En förklaring är inflödet av nyligen inskrivna patienter med

obehandlad hypertoni under slutet av 2025. Deras behandling och uppföljning är nu planerad för 2026.

Patienter med ett registrerat EKG, ligger 29 % under målet, trots en viss förbättring.

Anledningen är att vi tagit EKG på nästan alla patienter, men i journalsystemet antecknas de på fel plats, vilket gör att data inte framkommer.

Genom att vi tagit EKG har vi kunnat upptäcka några fall av förmaksflimmer, vilket fått patienterna att träffa läkare samma dag och få vidare åtgärder.

Andelen patienter som lämnat Albumin/kreatinin-prov under 2025 har ökat med 50 %.

De patienter som hade ett Albumin/kreatinin-värde över 3 fick träffa läkare och åtgärd.

Andel patienter som fick Statiner har ökad med 57%. Vi har dock haft svårigheter med en del patienter som inte vill ta statiner, där vi har försökt förklara fördelarna.

En indikator som vi initialt inte följde var att hålla LDL under 3. Detta fick konsekvenser, för när jag söker i Med Rave ser jag att under 2025 har vi 38 % patienter med LDL under 3, jämfört med tidigare 32 %. Det innebär en förbättring med 6 %.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att en korrekt kontrollista och tydliga rutiner är grunden för en säker uppföljning. Genom att aktivt söka patienter som saknar diagnos eller uppföljning får vi bättre kontroll. Att hela tiden prata om vikten av rätt dokumentation höjer kvaliteten i hela verksamheten. Förbättringsarbete är en lång process som kräver tid och uthållighet för att ge full effekt.

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 börjat med något som visat sig vara en riktig succé! Istället för att patienterna alltid ska behöva komma till oss för blodtrycksmätning, uppmuntrar vi dem nu att mäta hemma. Vi har skapat vårt eget, enkla blankett för att fylla i värdena. Många är väldigt glada över att kunna följa sitt blodtryck själva och skicka in det digitalt till oss. Genom att bli mer aktiva hemma har de också blivit mer delaktiga och engagerade i sin egen vård.

Patienterna har blivit mer medvetna om sin hälsa och sin diagnos, och många har börjat lära sig mer om vad som påverkar blodtrycket och vad de själva kan göra för att må bättre.

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.

Vår plan framåt är att bygga vidare på de goda grunderna vi redan har lagt. Vi kommer att bibehålla och förfina vår nya rutin med den aktiva kontrollistan, och regelbundet nå ut till patienter för att främja en god och säker uppföljning.

För att fortsatt utveckla vår verksamhet kommer vi att aktivt uppmuntra till hembloodtrycksmätning och fördjupa det digitala samarbetet för ökad närhet och patientinflytande. Genom att kontinuerligt lyfta frågor om högt blodtryck på våra personalmöten säkerställer vi ett gemensamt fokus och en hållbar kunskap i teamet. Tillsammans stärker vi så kvaliteten i vår vård och skapar förutsättningar för långsiktigt goda hälsoresultat.

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 forbattningsarbeten.apc.sls@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.