

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Trygghälsa, Beckomberga VC	Namn på er Informationsapotekare Marie Schill
Verksamhetschef Ilias Nikolaidis	Verksamhetschefens e-post Ilias.Nikolaidis@trygghalsa.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Ida Andersson, sjuksköterska	Kontaktpersonens e-post Ida.andersson@trygghalsa.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 1 mars 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 arbets sätt). 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

<p><b>Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:</b></p>
<p>Namn: Ida Anderssin          Profession: Sjuksköterska</p>
<p><b>Att involvera flera</b></p> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
<p>A:</p> <p>Ilias Nikolaidis, specialist, vch          Shapoor Hakimelahi, legitimerad läkare          Pavlos Tziouvaras, distriktsläkare          Ida Andersson, sjuksköterska          Malin Ridderfors, sjuksköterska          Linn Lassander, sjuksköterska          Sofia Kajander, undersköterska</p>
<p>B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p>
<p>B:</p> <p>Inhämtat muntliga åsikter och synpunkter från patienter</p>
<p><b>Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?</b></p> <p>Ett förbättringsarbete börjar ofta med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)</li> <li>• Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)</li> <li>• Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?</li> </ul> <p>Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.</p> <p>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.</p> <p>Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <a href="https://skr.se/primarvardskvalitet">https://skr.se/primarvardskvalitet</a></p>

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.**

*Vi kan se att Beckomberga VC har en lägre förekomst av diagnossättning Hypertoni, 14,6%, jämför med Stockholm som har 16,1%. Detta kan vi ej med säkerhet säga att det skulle bero på en underdiagnostisering eller att vi har en lägre siffra pga en friskare patientgrupp.*

*På vårdcentralen är andelen patienter som har blodtryck under  $\leq 140/90$ , 65,1%, jämfört med Stockholm som ligger på 62,7%. Siffran tyder på att över hälften av våra hypertoni patienter står på en blodtrycksbehandling som gör att dom uppnår målblodtrycket.*

*Under perioden 1 jan 2024 till 31 dec 2024 låg patientgruppen med blodtryck mellan/över 140/90-160/100 på 27% (183st). Patientgruppen med blodtryck över 160/100 låg på 6% (38st).*

*Men hjälp av denna inhämtade statistisk vill vi fokusera på att sänka procentsatsen av antalet patienter som har blodtryck över/mellan 140/90-160/100 och procentsatsen av patienter som har blodtryck över 160/100.*

*Vårt fokus är att med hjälp av förbättringsarbetet ta fram en hållbar rutin som gör det möjligt för oss att sänka procentsatserna.*

**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 som tema för vårt förbättringsarbete valt hypertoni

**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/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

**Formulera här era mål:**

Med detta förbättringsarbete vill vi förbättra och optimera vården för våra Hypertonipatienter.

Målet är:

Att optimera våra patienters blodtryck för att minska deras risker för insjuknande i

hjärt-kärlsjukdom.

Öka tillgängligheten

Att öka patienters delaktighet, optimera deras riskfaktorer samt öka andelen som når målblodtryckt. Detta hoppas vi uppnå genom att:

- Arbetar genom Medrave för att fånga patientgruppen
- Skapade en intern rutin på mottagning för våra hypertoni-patienter där både läk. grupp och ssk grupp involveras.
- Genomgång av livsstilsfaktorer, blodtryckskontroll på mottagning och hembloodtrycksmätning har gjorts.
- Kunna ge optimal behandling.
- Att göra patient delaktig i sin egenvård.
- Sätta upp behandlingsmål i samråd med patienten.

#### 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/>  
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

#### 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: Det har inte funnits en rutin gällande planering och uppföljning av hypertoni patienter

1.1: Genomföra vårdplaner  
1.2: Bilda ett team kring patienter med hypertoni.  
1.3: Bättre dokumentation

2: Omorganisering  
Ombyggnation av hela Bromma sjukhus samt vattenskada ledde till att vi inte haft tid med att utveckla och kvalitetssäkra medicinska och omvårdnadsinsatser för patienter med hypertoni.

2.1: Gemensamma möten  
2.2: Höja kompetens i hela teamet  
2.3: Utbildningar (APC, webbutbildningar,

3: Minskad personalomsättning

3.1: Behålla kvalité  
3.2: Teamkänsla  
3.3: Öka motivation

#### 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 snabbspirometrier 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.**

### Första versionen av indikatorer

	<b>Indikatornamn</b>	<b>Nuläge = Startläge</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Källa (t.ex. Med-rave)</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med hypertoni som har blodtryck ≤140/90</i>	31/1 2025 66,4% 931 st	31/3 2025	<b>75%</b>	Medrave	<i>31 Dec 2025</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Antal årskontroller hos läkare per månad</i>	1/1-31/1 2025 39st	1/3 2025	<b>40st</b>	Takecare	<i>31 Dec 2025</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal uppföljningssamtal/livsstilssamtal hos sjuksköterska per månad</i>	1/1-31/1 2025 0 st	1/3 2025	<b>39st</b>	Takecare	<i>31 Dec 2025</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Le01 (Levnadsvanor)</i>	31/1 2025 38,7%	1/3 2025	<b>62%</b>	Medrave	<i>31 Dec 2025</i>

	<i>Dokumenterat samtal med pat om levnadsvanor</i>	2081 st				
<b>Indikator 5</b>	<i>HT01 (förekomst av diagnosen) identifiering av fler individer</i>	31/1 2025 14,7% 931 st	1/3 2025	<b>16%</b>	Medrave	31 Dec 2025

### Uppdaterad version av indikatorer

	<b>Indikatornamn</b>	<b>Nuläge = Startläge</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Källa</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med hypertoni som har blodtryck <math>\leq 140/90</math></i>	68% 975 st	31/5	75%	Medrave Sökord: <i>HT02L1: Andel patienter med hypertoni som har blodtryck <math>\leq 140/90</math></i>	31 Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel personer med kronisk sjukdom där levnadsvana uppmärksammas (genom kvantifiering, diagnoskod eller åtgärd) och dokumenterats de senaste 36 månaderna</i>	39% 2175 st	31/5	62%	Medrave Sökord: <i>Le01: Andel med kronisk sjukdom där levnadsvana uppmärksammas</i>	31 Dec 2025

<b>Indikator</b> <b>3</b>	Antal patienter med någon av hypertonidiagnoserna enligt specifikation.	15% 975 st	31/5	16%	Medrave Sökord: HT01: Förekomst av hypertoni diagnos	31 Dec 2025
------------------------------	---	---------------	------	-----	--	----------------

**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.*

**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/verktyslada-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 blev 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?

**24 februari 2025**

Deltagare: Shapoor, Ida, Ilias, Malin, Fredrika, Ivan

Planering:

1. Läkare identifierar patient med förhöjt blodtryck under läkarbesök. Under läkarbesöket dokumenteras riskfaktorer och skapar i samråd med patienten en behandlingsplan.
  - a) Nyupptäckta patienter med högt blodtryck ska efter läkarbesöket ges instruktioner att inlämna blodtrycksmätninglista alt skickas remiss för 24h mätning. Resultatet ska tas upp på en digital uppföljning hos läkare efter 4v. Om hypertonidiagnos sätts ska läkare därefter

informera sjuksköterska att boka in för livsstilssamtal samt boka in en digital uppföljning hos läkare efter 2-4v.

b) Gällande patienter med redan konstaterad hypertoni som inkommer med förhöjt blodtryck ska läkaren informera sjuksköterska att boka in för livsstilssamtal. Sedan boka in en digital uppföljning till läkare efter 4v. Patienten ska till uppföljningen gjort en blodtrycksmättningslista i hemmet.

2. Slutliga uppföljningsbesöket ska ske hos läkare fysiskt eller digitalt efter 3 månader.
3. Därefter ska patienten återkomma för årlig kontroll. Patienten ansvarar själv för tidsbokning.

Teamledare Shapoor ansvarar för att föra statistik under förbättringsarbetet. Ansvarar även att vid behov dokumentera orsaker och förslag på åtgärder om planeringen ej kan följas eller resultatet avstannat

Göra:

Avstämning med teammedlemmar var 6 vecka.

**1 april 2025**

deltagare Shapoor och Ida

Göra:

- a) Vi har haft besvär att hålla oss till planen. Två av tre deltagande läkare har ej följt planen. Dom har ej bokat digitala återbesök och inte följt steget för hur vi ska sättas. Hypertoni diagnos har satts på enstaka blodtrycksmätningar på vårdcentralen.

Studera:

- a) Avvikelsen från planen har lett till att patienter ej haft en start-blodtryck och mål-blodtryck. Läkare har även glömt att be sjuksköterska att boka in för livsstilssamtal.
- b) Indikator 4 och indikator 5 är dåligt formulerande och leder till feltolkningar. Vi kan inte få fram statistisk som är pålitlig.
- c) Vi vet ej om vår dokumentation av levnadsvanor görs i rätt journalmall och med rätt rubriker.

Agera:

- a) Shapoor pratar med inblandade läkare om förbättringsarbets plan och utformning.
- b) Shapoor skickar epost till Rita Fernholm på Region Stockholm men blir hänvisad till Martina Lund och frågar "När det gäller indikator LE01, ska det fyllas i journalanteckning av både läkare och sjuksköterska? Eller endast läkare? Enligt våra journalanteckningar så finns rökvanor, alkohol och kostvanor under levnadsvanor. Ska det finnas med andra parametrar och hur registrerar Medrave detta?"
- c) Vi behöver omformulera indikator 4 och indikator 5 enligt tabell gjord 1 april 2025.

1 maj 2025

deltagare Shapoor och Ida

Göra:

- a) Inga möten om förbättringsarbetet har genomförts.
- b) Shapoor har inte fått svar att Martina Lund.
- c) För att göra det enklare att hitta indikator 1 söker vi på “HTO2L1: Andel patienter med hypertoni som har blodtryck  $\leq 140/90$ ” i Medrave.
- d) Indikator 4 blir omformulerad. För att få fram denna statistisk söker vi på “LeO1: Andel med kronisk sjukdom där levnadsvana uppmärksammas” i Medrave.
- e) Indikator 5 blir omformulerad. För att få fram denna statistisk söker vi på “HTO1: Förekomst av diagnos hypertoni” i Medrave.

Studera

- a) Shapoor har pratat med en läkare om att han behöver följa förbättringsarbetets plan. Sedan har Shapoor själv gått igenom läkarnas journalanteckningar och identifierat att dom fortsättningsvis ej bokar uppföljningsbesök och livsstilssamtal.
- b) Sjuksköterskor har fått fler förfrågningar av läkare att boka in patienter på livsstilssamtal och kommit igång att regelbundet ha livsstilssamtal varje-till varannandag.

Agera

- a) Ida tar över dokumentationen och ansvaret för ifyllnad av förbättringsarbetet.

16 maj 2025

Deltagare: Ida

Göra:

- a) Inga möten om förbättringsarbetet har genomförts.
- b) Jag upptäcker att vi använt fel KVÅ-koder under livsstilssamtal. Det är KVÅ-koderna som registrerar från Takecare till medrave.

Studera:

- a) Det är ej genomförbart eller pålitligt att ha kvar indikator 2 och 3. För medrave får in andel/antal/procent på alla patienter med hypertoni på vårdcentralen oavsett vem dom träffar av läkare/sjuksköterskor och inte bara deltagarna i förbättringsgruppen. Därmed blir siffrorna missvisande.

Agera:

- a) Ida går igenom alla livsstilssamtal och korrigerar KVÅ-koder.
- b) Vi behöver applicera hela förbättringsarbetets struktur hos läkare och sjuksköterskor för att kunna driva utvecklingen vidare. Mycket viktigt att kunskap om hur man journalför korrekt för att det rent statistiskt ska komma in i förbättringsarbetet.

Planera:

- a) Möte med förbättringsgruppen bokas in.

19 maj 2025

Deltagare: Ida, Malin, Ilias, Shapoor, Ivan

Göra:

- a) Det har uppmärksammats att blodtryck inte fylls i rätt i journalanteckningar. Värdet fylls i skrivande text och ej i den automatiska registreringen. Läkarna fyller inte heller i "mål för blodtryck".
- b) Vi har märkt att inte alla patienter klarar att genomföra digitala uppföljningar. Därmed uppdaterar vi rutinen.

Studera:

- a) Ida har korrigerat KVÅ-koderna livsstilssamtals besöken.
- b) Eftersom originalindikator 2 och 3 tas bort har vi gjort om dom kvarvarande. Ny version av indikatorer förs in i förbättringsarbetet, se sida 6.
- c) Vi informerar under APT att förbättringsarbetet nu appliceras på hela arbetsgruppen. Detta för att vår nya rutin ska följas av samtliga sjuksköterskor och läkare på mottagningen. Hemsjukvården räknas ej in.

Agera:

- a) Ida ska försöka lista ut varför resultatet (antal) för indikator 2 visar "täljare" och "uppfyller ej kriterierna" i medrave.

Planera:

- a) Sofia usk redigerar läkarnas anteckningar och fyller i blodtrycket i rätt kolumn.
- b) Vi bokar in nytt möte med förbättringsgruppen.

2 juni 2025

deltagare Shapoor och Ida

Studera

- a) Sifforna vi hämtar från medrave är lite släpande.
- b) Ida hittar orsaken till resultat, täljare och nämnare på medrave. Resultat är summan av både täljare och nämnare. Täljare är antalet korrekt ifyllda/registrerade värden. Nämnare är antalet som inte uppfyller kriterierna. Vi tar som exempel andel personer med kronisk sjukdom där levnadsvana uppmärksammats den 31 maj. Vi hade 2175 st patienter varav 849st var korrekt ifyllda och 1326 st som inte uppfyller kriterierna.

Agera

- a) Ida noterar att läkarna behöver fylla i patientens mål blodtryck i journalanteckningar.

16 september 2025

deltagare Shapoor, Ida, Linn, Ilias, Pavlos, Sofia

## Göra:

- a) Deltagare i gruppen för förbättringsarbetet har uppdaterats. Ivan och Fredrika byts ut till Pavlos, Linn och Sofia.
- b) Vi har haft sommaruppehåll med förbättringsarbetsgruppen. Årskontroller för hypertoni har ej genomfört i juni/juli och delvis augusti.
- c) Sofia har gått bakåt i tiden (färdig t.o.m Mars 2025) och lagt in blodtrycksmätningsskyltar i takecare mall, samt fyllt i målblodtryck och vanliga blodtryck under rätt rubriker i hypertoni-patienternas journaler.
- d) Läkarna har ej följt planen. Dom har ej bokat in digitala uppföljningar.
- e) Livsstilssamtal har inte erbjudits under juni/juli och delvis augusti.

## Studera:

- a) När deltagare byts ut blir det ett visst avbrott i arbetet då nya deltagare behöver uppdateras om tidigare arbete.
- b) Vi har trots inga årskontroller ändå stött på hypertoni patienter som haft behov av utredning och uppföljning.
- c) Sofia är inte helt klar med att uppdatera journaler. Hon fortsätter. Hon har stött på problem med att det inte står "HT" i bokningarna vilket gör det svårt för henne att identifiera vilka besök som behöver uppdateras.
- d) Den negativa effekten av att läkarna ej bokat in digitala besök är att dom gör en uppföljning via telefon vilket inte resulterar i någon inkomst. Läkarna gör gratis arbete på sin admin tid istället för att boka in återbesök enligt planeringen.
- e) Våra långa väntetider på livsstilssamtal och när verksamheten behövt omboka livsstilssamtal tex pga sjukdom i arbetsgruppen, så har fler patienter nekat att komma. Vi ser ett värde i att livsstilssamtalet ska ske relativt tätt in på läkarbesöket och stor vikt vid att tiderna kvarhålls.
- f) Indikator 1 har från mars 2025 och augusti 2025 ökat med 5,48 procentandelar. Indikator 2 har från mars 2025 och augusti 2025 ökat med 5,53 procentandelar. Indikator 3 har från mars 2025 och augusti 2025 ökat med 5,48 procentandelar.

I mars 2025 hade vi 6232 listade. I september 2025 hade 6303 listade. Det är en ökning med 1,14 procent.

## Agera:

- a) Vi ser inte en negativ effekt av att förbättringsgruppens deltagare roteras. Det kommer inte heller förbättringsarbets resultat. Det är snarare ett bra test för att se att utomstående i arbetsgruppen förstår förbättringsarbetet och kan applicera det i sitt dagliga arbete.
- b) Vi bollar fram och tillbaka om det skulle vara rimligt att erbjuda årskontroller även under sommaren då det är högt tryck på våra tider till läkare. Vår väntetid är i dagsläget 12 v till husläkare. Vi kommer ej fram till en slutsats. Kan våra resurser fördelas olika så att vi får fler läkartider och kortare väntetider? I dagsläget kan en patient med högt blodtryck behöva vänta på ett första läkarbesök i 12v.
- c) Vi börjar skriva HT i bokningar för att underlätta för Sofia.

- d) Vi diskuterar fram och tillbaka om det är schemat som är bristfälligt. Saknas det digitala uppföljningstider för läkarna att boka på? Efter diskussionen är slutsatsen att läkarna enbart haft det svårt att applicera den nya rutinen för hypertoni patienter i dagliga arbetet. Läkarna ska försöka hålla sig till planen.

Planera:

- a) Vi ska boka in en genomgång med samtliga i arbetsgruppen för att gå igenom hur man tidsbokat sina besök rätt i schemat.
- b) Vi ska presentera förbättringsarbetet igen på nästa APT.

18 december 2025

deltagare Shapoor, Ida, Linn

Göra:

- a) Alla i arbetsgruppen har fått en genomgång i hur man bokar rätt.
- b) Alla årskontroller markeras med HT i bokningen
- c) För att korta ned väntetiderna för årskontroller på hypertoni patienter så har sjuksköterskorna Linn, Ida och Malin gått en digital utbildning i hur sjuksköterskor kan genomföra en årskontroll gällande hypertoni.
- d) Arbetsgruppen upplever att läkarna nu känner sig trygga i att följa den nya rutinen för inbokning av hypertoni patienter.
- e) Sjuksköterska Ida och läkare Shapoor tar fram en mall för sjuksköterskor att följa för stabila hypertoniker som inkommer för årskontroll.

Studera:

- a) Indikator 1 har ökat sedan september 2025, trots att listningen på vårdcentralen stagnerat. Vi ser att våra nya rutiner ger resultat.

Planera:

- a) Bokar in ett avslutande möte med deltagarna i förbättringsgruppen.

9 januari 2025

deltagare Shapoor, Ida, Linn, Malin, Ilias, Pavlos, Sofia

Studera/agera

- a) Vi går igenom mallen för årskontroll hypertoni hos sjuksköterskor och utför förbättringar.
- b) Läkarna önskar att medelvärdet på blodtrycksmätninglistorna görs vid inskrivandet listorna i takecare. Undersköterska Sofia bekräftar att hon kan göra detta.

Göra

- a) Ida ska sammanfatta ihop ändringarna i mallen för årskontroll hypertoni hos sjuksköterskor.

- b) Läkarna ska på nästa läkarmöte komma fram till vilka prover dom vill ska ingå i årskontrollen hos ssk. Beslutat att läkarna själva ska vidimera proverna.

Planera

- a) Pavlos och Ida önskar att funktionen av frågeformulär via Takecare ska köpas in. Verksamhetschef Ilias ska kolla om det är möjligt.
- b) När mallen och provpaketet är gjort (senast i slutet av januari) ska årskontrollerna hos sjuksköterska sättas igång att bokas till Malin, Linn och Ida. I senare skede andra kollegor.

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

Vår stora utmaning med detta arbete har varit att det är första gången ett förbättringsarbete genomförts på denna vårdcentral. Ingen av involverade anställda har arbetat med förbättringsarbete eller medrave förut. Vi har därför under arbetets gång fått göra stora justeringar i både idé och utförande.

Vi påbörjade arbetet med 5st indikationer varav 2st var mjuka värden. De mjuka värdena fick tas bort då de ej var kvalitetssäkra. Vi valde att enbart ha kvar indikationer som var mätbara via medrave.

Vi har arbetat fram en fungerade rutin för hela arbetsgruppen för att fånga upp de hypertoniker som ej fått årskontroller samt erbjuda alla patienter likvärdig vård. Följande rutiner sätts på vårdcentralen:

Årskontroll hypertoni

Patienter som efterfrågar receptförnyelse på blodtryckssänkande mediciner skall kontrolleras av inbokande person om det är dags för årskontroll. För stabila hypertoniker skall dom träffa läkare vartannat år där det ingår EKG inför besök. Vartannat år ska de besöka sjuksköterska för årskontroll. Rutin för besök hos sjuksköterska finns i separat rutinmall.

Om läkare identifierar en patient med förhöjt blodtryck under läkarbesöket ska hen dokumentera riskfaktorer och i samråd med patienten skapa en behandlingsplan enligt följande steg:

1. a) Nyupptäckta patienter med högt blodtryck ska efter läkarbesöket ges instruktioner att inlämna blodtrycksmättningslista alt skickas remiss för 24h mätning. Resultatet ska tas upp på ett 15 minuters långt fysiskt besök eller ett 15 minuters långt digitalt besök hos läkare efter 4v. Om hypertoni diagnos sätts ska läkare därefter informera sjuksköterska att boka in för livsstilssamtal samt boka in en digital uppföljning hos läkare efter 2-4v.
  2. b) Gällande patienter med redan konstaterad hypertoni diagnos som uppvisar förhöjt blodtryck ska läkaren informera sjuksköterska att boka in för livsstilssamtal. Sedan boka in en digital uppföljning till läkare efter 4v. Patienten ska till uppföljningen gjort en blodtrycksmättningslista i hemmet.
2. Slutligt uppföljningsbesök ska ske hos läkare fysiskt eller digitalt efter 3 månader. Läkaren skall avgöra om patienten ska komma för årlig kontroll till sjuksköterska nästa gång eller om det krävs en årskontroll hos läkare.
3. Därefter ansvarar patienten själv att återkomma om ett år för tidsbokning av årskontroll.

### Årskontroll hos sjuksköterska

Mål: hjälpa och stötta patienterna till hälsosamma levnadsvanor och att ha blodtryck, blodprover inom målnivå.

Inför besöket

1. Ordinera provpaketet "Årskontroll ssk). Proverna ska lämnas senast 2v innan besöket.
2. Be patienten inkomma en stund innan sitt besök för att ta vikt, längd och BMI. Genomförs antingen av usk på mottagningen eller av ssk själv.

Att göra under besöket

1. Fråga vilka läkemedel patienten tar och hur.
2. Gå igenom blodproverna och läkarens anteckning som utförts efter vidimering.
3. Gå igenom blodtryckslistan patienten tar med sig.
4. Fråga om tobak, alkohol och sömn
5. Gå igenom kost och fysisk aktivitet.

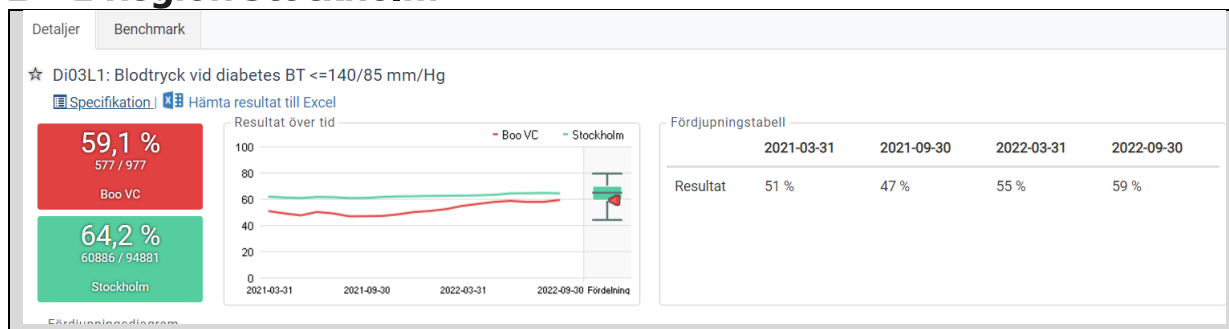
## 6. Erbjud FaR

Efter besöket

1. Vid läkemedelsfrågor eller avvikande blodprover, erbjud videosamtal till läkare.
2. Om läkare skrivit i journalanteckning efter vidimering att inget avvikande framkommit och att ssk anser att inget avvikande upptäcks skall patienten höra av sig om 1 år för årskontroll till läkare inkl EKG inför det besöket.
3. Vid utskrivande av FaR skall rehab koordinator meddelas för uppföljning om 1 månad.
4. Blodtryckslistan skall scannas in och sedan skrivas in i en journalmall i Takecare av Sofia. Medelvärde skall även registreras.

**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:**



	<b>Indikatornamn</b>	<b>Startläge</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b>	<b>Resultat</b>	<b>Källa</b>	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med hypertoni som har blodtryck ≤140/90	55% = 919 st	31 dec 2024	75%	61% = 1012 st	Medrave Sökord: HT02L1: Andel patienter med hypertoni som har blodtryck ≤ 140/90	31 dec 2025
<b>Indikator 2</b>	Andel personer med kronisk sjukdom där levnadsvana uppmärksammas (genom kvantifiering, diagnoskod eller åtgärd) och dokument	39% = 2055 st	31 dec 2024	62%	40% = 2271 st	Medrave Sökord: Le01: Andel med kronisk sjukdom där levnadsvana uppmärksammas	31 dec 2025

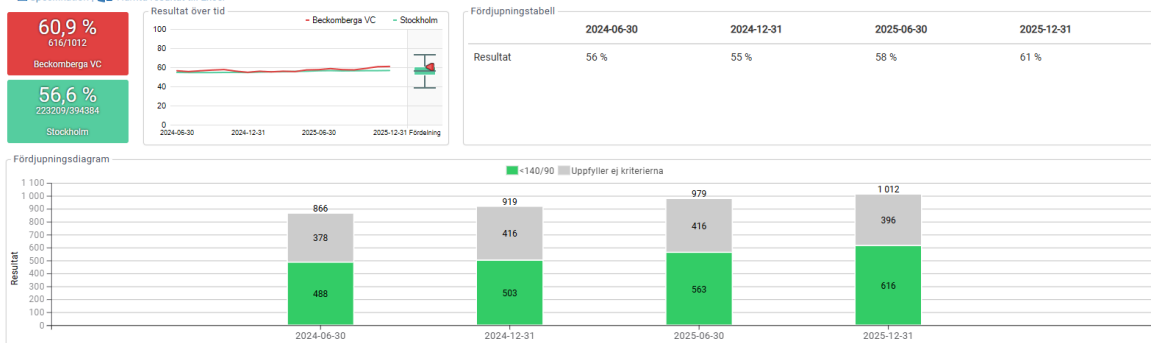
	<i>erats de senaste 36 månaderna</i>						
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal patienter med någon av hypertoni diagnoser na enligt specifikation.</i>	<i>15% = 919 st</i>	<i>31 dec 2024</i>	<i>16%</i>	<i>16% = 1012 st</i>	<i>Medrave Sökord: HT01: Förekomst av diagnos hypertoni</i>	<i>31 dec 2025</i>

### Övriga kommentarer:

Följande kan ses i diagram via medrave hur vi förbättrats gällande andel patienter med diagnos hypertoni som har blodtryck <140/90 de senaste 18 månaderna:

★ HT02L2: Blodtryck vid hypertoni BT <140/90 mmHg

📄 Specifikation | 📄 Hämta resultat till Excel



## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att från början enbart använda mätbara indikationer från medrave.

Vi har lärt oss att från förbättringsarbetets början boka in regelbundna möten för att kolla en öppen kanal till andra kollegor för att lättare implementera nya rutiner.

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 använt patienternas åsikter om upplevelsen av de nya rutinerna och gjort justeringar utifrån användbarhet tex inte bara erbjuda distansbesök utan även erbjuda fysiska besök vid uppföljning hos läkare.

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 har för avsikt att införa en väntelista för hypertoniker som vi kan kalla utifrån. Vi eftersträvar att hypertoniomottagning hos sjuksköterska ska komma igång rullandes. Vi vill förkorta väntetiderna men även arbeta förebyggande med patienthälsan för att minska risken för sekundära sjukdomar rel till hypertoni.

**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.siso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.siso@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.