

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: målblodtryck

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Tyresö Strand	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Linda Murphy	Verksamhetschefens e-post Linda.roosmurphy@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Ida Granberg	Kontaktpersonens e-post Ida.granberg@capio.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.sls@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 forbattringsarbeten.apc.sls@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 arbetsätt). 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: Ida Granberg
Profession: Sjuksköterska

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:

Ida Granberg Sjuksköterska
Matilda Öhman Distriktsköterska
Annica berg Allmänspecialist

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

B: genom webbformulär och samtal

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.

Idag (250221) har vi på Catio Tyresö strand totalt 461 st patienter med diagnos hypertoni. Av dessa så är 200 patienter 65 år eller yngre. Andel patienter <65 år med ett blodtryck över målvärde (130/80) är idag hela 96 st. Vi vill arbeta för att fler patienter ska nå sitt målvärde gällande blodtryck samt vara mer delaktiga i sin blodtrycksmätning genom läkemedelsjustering och livsstilsförändring. Målblodtrycket för patienter < 65 år enligt janusinfo är <130/80. Vi har valt att arbeta med just denna patientgrupp eftersom ca 48% av patienterna <65 år inte har nått sitt mål.

Mål för patienterna som deltar i förbättringsarbetet ligger på 130/80 + 5 mmHg systolisk och/eller diastoliskt.

Av dessa 96 patienter aktuella för förbättringsarbetet så var det 27 patienter som bara stod på ett blodtryckssänkande läkemedel trots blodtryck över mål. Janusinfo rekommenderar kombinationsbehandling för att minska sjuklighet, död och för att snabbare kunna nå sitt målvärde.

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.

Öka andelen hypertoniker som uppnår sitt målblodtryck.

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/>

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

Formulera här era mål:

Involvera patienterna att vara delaktiga i sin blodtrycksbehandling och följa rekommenderade riktlinjer för hypertoni-behandling. Att utifrån nya riktlinjer sänka blodtryck till 130/80 för att minska följsjukdomar och för tidig död.

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/>

1: Ej kommunicerat målblodtryck till våra patienter

2: Feldokumentation, blodtrycks dokumenteras under fel sökord.

3: Dålig följsamhet av patienter gällande uppföljning av sitt blodtryck efter läkemedelsjustering

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: Kommunicera målblodtryck
1.2:
1.3:

2.1: Gå igenom med personal dokumentationsrutin
2.2: ny rutin för mätning av blodtryck
2.3:

3.1: Skicka formulär till patienter via chatt.
3.2: Planera och kommunicera uppföljning
3.3: uppmuntra patienter att mäta blodtryck i hemmet

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 diagnos hypertoni <65 år som har blodtryck över målvärde 130/80	92 st (46%)	250221	70 st (35%)	251204	<i>T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 2	Andel patienter aktuella för förbättringsarbetet som inte har kombinationsbehandling av blodtrycksmediciner trots ej uppnått målblodtryck.	27 st (29%)	250221	15 st (16%)	251204	<i>T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 3						<i>T.ex. dec 2025</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2025</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2025</i>

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

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 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?

- Vi kommer att börja med att gå igenom alla patienters journaler (som är aktuella för arbetet) och se så att senaste blodtrycksmätning står under rätt sökord, vilka patienter som har behandling och stryka de patienter som avlistat sig från vår vårdcentral.
- Därefter börjar vi att kontakta patienter (som givit medgivande för kontakt via chatt) via flow med ett formulär gällande mående och aktuellt hembloodtryck. De patienter som inte godkänt kontakt vi chatt, kontaktas via telefon.
- Patienter med egen blodtrycksmätare hemma uppmanas mäta sitt blodtryck under 7 dagar där vi sedan scannar in formulär i journal och räknar ut medelvärde på blodtrycket.
- De patienter som inte har blodtrycksmätare hemma får komma till vårdcentralen för mätning alternativt låna hem en blodtrycksmätare.
- Patienter med blodtryck under målvärde får information om ingen ytterligare åtgärd. Där skrivs aktuellt blodtryck in i journalen och de kommer åter enligt plan för årskontroller samt provtagning.
- Patienter med blodtryck över målvärdet rondas tillsammans med läkare och därefter eventuellt justering/tillägg av medicin inklusive provtagning.

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

	med HbA1c över 70 mmol/mol						
Indikator 1	Andel patienter med diagnos hypertoni <65 år som har blodtryck över målvärde 130/80	92 st (46%)	250221	70 st (35%)	20 st (10%)	Medrave	4/12 -25
Indikator 2	Andel patienter aktuella för förbättringsarbete som inte har kombinationsbehandling av blodtrycksmediciner trots ej uppnått målblodtryck.	27 st (29%)	250221	15 st (16%)	18 st (19%)	Medrave	4/12 -25
Indikator 3							
Indikator 4							4/12 -25
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Av 92 patienter som var aktuella för förbättringsarbete som inte uppnådde målvärde innan årets slut trots justering av läkemedel var 2 stycken (ca 2%).

Av 92 patienter som var aktuella för förbättringsarbete så var det 18 stycken (ca 19%) som varken svarade på meddelande i flow, telefonkontakt eller hemskickat brev. 4 stycken av dessa svarade men återkopplade aldrig sitt blodtryck trots påminnelse.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Hur viktigt det är att meddela varje patient om vad deras målbloodtryck är, upprepat informera om riskerna vid förhöjt blodtryck och att många patienter får ökad motivation vid samtal om riskerna för hjärt- och kärlhändelse.

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 dels upplyst patienterna om vad deras målbloodtryck är. Många av patienterna visste inte detta innan. Vi har även uppmuntrat patienterna till att regelbundet kontrollera sitt blodtryck i hemmet och återkomma till oss vid upprepade förhöjda värden. Ett par av patienterna som deltog i förbättringsarbetet har köpt en egen blodtrycksmätare och på så sätt blivit mer delaktiga och involverade i sin vård.

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.

Fortsätta uppmuntra patienterna till att mäta sitt blodtryck hemma, fortsätta skicka ut VIK:ar årligen och kontrollera blodtrycket oftare under besök som primärt inte gäller blodtrycket på de patienter som inte har en mätare hemma.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 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 forbattringsarbeten.apc.slso@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.