

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

### del 1 och del 2 TEMA:

### *Förbättra LDL målvärde för patienter med hypertoni och kardiovaskulär risk*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Gubbängen	Namn på er Informationsapotekare Rojin Söderlund
Verksamhetschef Linda Thorn	Verksamhetschefens e-post linda.thorn@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Sandra Back, sjuksköterska/biträdande verksamhetschef	Kontaktpersonens e-post sandra.back@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 [forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.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 [forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.slso@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: Sandra Back
Profession: Sjuksköterska/biträdande verksamhetschef

**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:

Sandra Back, sjuksköterska, ansvarig hypertoniomtagning /biträdande verksamhetschef

Dafina Mulaj, specialist i allmänmedicin, ansvarig hypertoniomtagning.

Julia Westberg, sjuksköterska, ansvarig hypertoniomtagning.

Graciela Rossello Rodriguez, specialist i allmänmedicin/MAL

Minna Alge, ST-läkare

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

B: Uppföljning vid årskontroll. Frågor/intervju vid uppföljning efter insättning statiner. Uppföljning sker ofta efter provtagning med återkoppling via chatt/digitalt. Där kan utrymme ges för patienternas synpunkter och upplevelse.

### **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.**

*I dagsläget god statistik i Medrave för hypertoni på de flesta delar. Avvikande i Medrave är patienter med hypertoni och LDL >2,6.*

*Vi vill med detta förbättringsarbete åstadkomma ett ökat antal patienter med hypertoni och LDL <2,6*

*Vi vill åstadkomma detta i ett preventivt och hälsofrämjande syfte för våra patienter. Vi vill göra skillnad för våra patienter genom att minska kardiovaskulär risk.*

**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.

Förbättra LDL målvärde för patienter med hypertoni och kardiovaskulär risk.

**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:**

Resultatet vi önskar uppnå är att patienter med hypertoni och kardiovaskulär risk ska uppnå målvärde LDL enligt viss.nu.

**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/>

1: Otydlig rutin för användning av Score2 vid årskontroll hos SSK samt läkare.

1.1: Skapa skriftlig rutin för årskontroll SSK/läkare.  
1.2: Genomgång av Score2 samt målvärde LDL.  
1.3: Kontinuerlig uppföljning under QPI-rond.

2: Tveksamhet/motstånd från patienter att använda statiner som behandling.

2.1: Informationsmaterial för patienter om blodfetter samt behandling.  
2.2: Gemensam genomgång av Score2 under patientbesök.  
2.3:

3: Lägre prioriterat än riktlinjer rekommenderar pga. otillräcklig rutin och kunskap.

3.1: Utbildning för hypertoni-SSK.  
3.2: Ta hjälp av ALMA-verktyget för indikation.  
3.3: Uppföljning kontinuerligt under QPI-ronder.

**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 "balanserande 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal patienter med mycket hög kardiovaskulär risk och LDL &lt;1,4</i>	15%	250130	30 %	QPI benchmark	251231
<b>Indikator 2</b>	<i>Patienter med hypertoni utan behandling med LDL &gt;2,9</i>	360 antal patienter.	250227	180 antal patienter	Medrave	251231
<b>Indikator 3</b>	<i>Patienter med hypertoni där LDL värde saknas</i>	248 antal patienter.	250227	124 antal patienter	Medrave	251231
<b>Indikator 4</b>	<i>Patienter med hypertoni utan behandling med LDL 2,6-2,9</i>	75 antal patienter.	250227	37 antal patienter	Medrave	251231
<b>Indikator 5</b>	<i>Antal genomförda Score 2 per månad vid årskontroll SSK för patienter med LDL över 2,5</i>	ca 50 %	250227	100 %	Journalgranskning	251231

**Kommentar (valfritt):** Tydliga och mätbara mål.

*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 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?

*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.*

- *Brainstorming rutin på QPI-rond 2025-03-12*
- *Utbildningsmaterial för patienter beställs 2025-03-17 av Sandra Back*
- *Rutin färdigställs 2025-03-20 av Sandra back och Julia Westberg*
- *Rutin granskas av Dafina Mulaj 2025-03-21*
- *Material för arbete med Score2 skrivs ut och lamineras 2025-03-17 av Sandra Back och Julia Westberg.*

- *Arbetsätt implementeras 2025-03-31 hos hypertoni-SSK vid årskontroller samt läkare.*
- *Uppföljande statistik hämtas från Medrave första vardagen med admintid varje månad av Sandra Back.*
- *Deluppföljning på QPI-rond 2025-04-23*
- *Uppföljning på QPI-rond i augusti för att säkerställa att vi når uppsatta mål. Vid behov justera insatser.*
- *Uppföljning oktober på QPI-rond. Strategier för att vidmakthålla insatser framöver.*
- *December 2025 sammanställning av förbättringsarbete på QPI-rond för att kunna fylla i del 2 av arbetet inför inlämning 31 januari 2026.*

**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 arbetsätt har ni infört och standardiserat?**

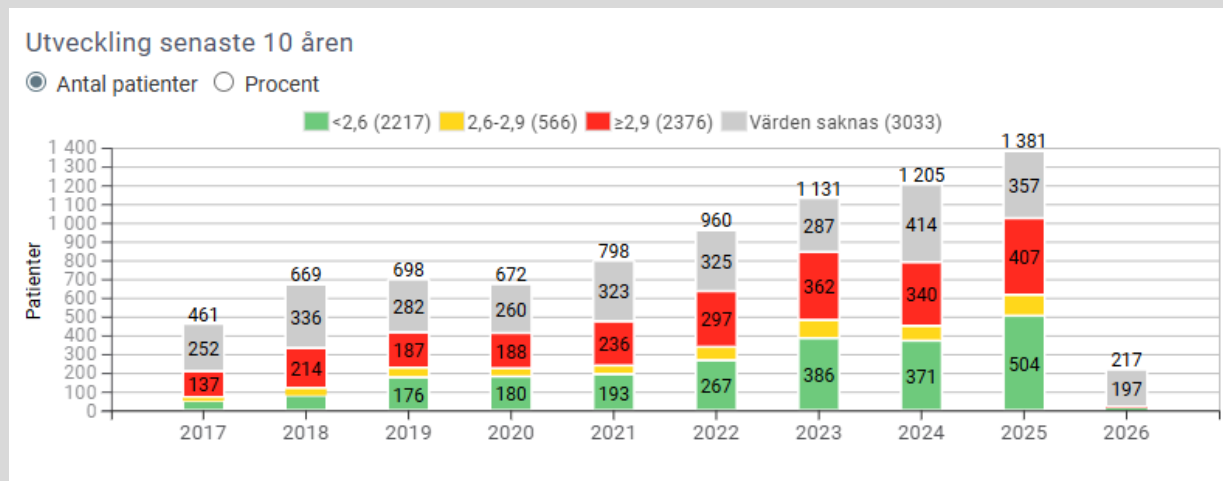
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetsättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

- Implementerad användning av Score2 vid alla årskontroller hypertoni.
- Laminerade Score 2 till alla läkare och hypertoni-SSK för enkel användning tillsammans med patienten.
- Patientinformation, broschyr om blodfetter från hjärt-lungfonden.
- Kontinuerliga uppföljningar av QPI Benchmarking.
- Genomgång av mål och resultat vid QPI-rond med läkargrupp och hypertoni-SSK

**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:**



Bilden ovan visar utveckling av LDL-kolesterol senaste 10 åren. Mest intressant för oss blir i dagsläget att se utveckling mellan 2024–2025.

	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
<b>Indikator 1</b>	Antal patienter med mycket hög kardiovaskulär risk och LDL <1,4	15%	250130	30 %	16% 251121 22% 251208 21% 260121	QPI benchmark	2026-01-21
<b>Indikator 2</b>	Patienter med hypertoni utan behandling med LDL >2,9	360 antal patienter.	250227	180 antal patienter	277 st	Medrave	2026-01-21
<b>Indikator 3</b>	Patienter med hypertoni där LDL värde saknas	248 antal patienter.	250227	124 antal patienter	365 st	Medrave	2026-01-21
<b>Indikator 4</b>	Patienter med hypertoni utan behandling med LDL 2,6-2,9	75 antal patienter.	250227	37 antal patienter	58 st	Medrave	2026-01-21
<b>Indikator 5</b>	Antal genomförda Score 2 per månad vid årskontroll SSK för patienter med LDL över 2,5	ca 50 %	250227	100 %	Ca 90%	Journalgranskning samt avstämning med hypertoni-SSK.	2026-01-21

#### Övriga kommentarer:

Vi insåg efter ganska kort tid att vi satt för höga mål. Vi har ändå behållit målen då vi ser det som ett långsiktigt mål att sträva mot. Ökad listning har även gett en något större patientgrupp med

*hypertoni vilket kan påverka resultatet. Även minskad andel årskontroller över jul och nyår vilket kan orsaka längre siffror nu i januari än i december. Det blir spännande att se utvecklingen i mars/april då vi haft många av våra årskontroller. Många insättningar av statiner har skett under slutet av 2025 där vi först kommer se resultat när patienter lämnat uppföljande prover.*

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att det tar lång tid att se resultat av ett förbättringsarbete och att detta förbättringsarbete är en god start till långsiktig förändring av arbetssätt. Förbättringsarbetet har lett till en ny rutin vid årskontroller för hypertoni. Arbetet har även lett till insikter om behov av ett nytt förbättringsarbete. Med fokus på ökad kontinuitet för våra patienter med hjärt-kärlsjukdom som ej har diagnosen hypertoni. Idag finns en otydlig rutin gällande väntelista och kallelsesätt för dessa patienter. Viktigt att fånga upp patienter med hög kardiovaskulär risk för att specifikt nå målet under indikator 1.

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?

*Genom att använda Score2 tillsammans med patienten vid besök har patienten fått vara delaktig i både resonemang kring riskskattning och insättning av blodfettssänkande läkemedel. Även anpassning av information om blodfettssänkande läkemedel har efterhand anpassats genom patienternas frågor och samtal. Nytt informationsmaterial har beställts.*

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.

En rutin har skapats för årskontroller hypertoni med syfte att vidmakthålla arbetet framöver. Vi planerar även ett förbättringsarbete för att fånga upp patienter med mycket hög kardiovaskulär risk för att specifikt nå målet under indikator 1.

**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 [forbatttringsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se](mailto:forbatttringsarbeten.apc.slo@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.