

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni 2025

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Södermalms vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare TheresaAlton Borgelin
Verksamhetschef Monica Edström	Verksamhetschefens e-post Monica.edstrom@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Nabil Nasr (Leg läkare)	Kontaktpersonens e-post nabil.nasr@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.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 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: Nabil Nasr
Profession: Legitimerad läkare

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: Jonathan Björk, distriktsläkare. Fatiha Bousersoub, distriktsläkare. Nabil Nasr, ST-läkare. Malin Chowdhury, ST-läkare. Maria Simonsson, SSK. Najat Makhoul, SSK. Maria H. Hedqvist, SSK.

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

B:

Skicka ut digitala frågeformulär som patienter får fylla i och lämna synpunkter. Patienter som ahr svårt att fylla i digitala formulär kan få ett brev eller erbjudas samtal med mottagning via telefon. Involvera anhörig till patient vid behov.

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 är en av de vanligaste folksjukdomarna och en ledande orsak till hjärt-kärlsjukdomar, inklusive hjärtinfarkt och stroke. Det är en av de främsta bidragande faktorerna till dödlighet hos både män och kvinnor, särskilt i äldre ålder.

Vid vårdcentralen har vi identifierat brister i registreringen och uppföljningen av hypertoni-patienter. Vi använder oss av Medrave för vår statistik. Totalt 908 patienter har hypertoni, varav:

- 392 patienter saknar total kolesterolregistrering, och 191 har starkt avvikande värden.
- 392 patienter saknar LDL-värden, och 184 har starkt avvikande värden.
- 346 patienter saknar BMI-registrering, och 168 har ett starkt avvikande BMI.
- Endast 30%, dvs 270 av våra 907 hypertoniker har ett målblodtryck

För att förbättra hypertonibehandlingen och att kunna kontrollera att patienter som någon gång fått diagnosen hypertoni ligger välbehandlad i sina blodtryck vill vi identifiera och hantera riskfaktorer. Detta görs genom att erbjuda stöd för viktnedgång, fysiska aktiviteter på recept, kostrådgivning och optimerad medicinering.

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.

Patienter med 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-forbattningstrappa/>

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

Formulera här era mål:

Vårt övergripande mål är att:

- Säkerställa att blodtryck och riskfaktorer registreras korrekt i journalen.
- Hantera dessa riskfaktorer genom livsstilsförändringar och behandling.
- Optimera blodtrycket för att minska risken för hjärt-kärlsjukdomar.

Blodtrycksmål i hemmet:

- 135/80

Vi vill även effektivisera arbetsflödet genom att öka patientintaget hos hypertonisköterskorna.

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: Vi registrerar inte vårt målvärde i journalen och informerar inte patienten vad deras målvärde bör vara.

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: Registrerar målvärde
1.2: Internutbildning gällande hypertoni.

2: 2: Avsaknad information till patienten gällande diagnos och behov av årlig uppföljning.	2.2: Utbildning till patienten vid nydebuterad hypertoni
3: Teamarbete, dåligt samarbete mellan yrkesgrupper inom detta område	3.1: Internmöten 3.2: Skapa hypertoniteam mellan yrkeskategorier

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 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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier 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	Öka andelen patienter med registrerat målblodtryck	30%	2025/01/01	70%	Med-rave	2026/01/01
Indikator 2	Öka andelen patienter med registrerade total-kolesterol	48%	2025/01/01	70%	Med-rave	2026/01/01
Indikator 3	Öka LDL-kolesterolvärden	47%	2025/01/01	70%	Med-rave	2026/01/01
Indikator 4	Öka andelen patienter med registrerat BMI	53 %	2025/01/01	80%	Med-rave	2026/01/01
Indikator 5						2026/01/01

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?

För att nå dessa mål planerar vi följande åtgärder:

- **Skapa en tydlig rutin för blodtrycksuppföljning**
 - Patienter med oreglerat blodtryck följs upp av läkare och sjuksköterskor tills målvärde för blodtrycket uppnåtts.
 - Läkare förnyar recept för hypertoniemedicinering upp till ett år i taget. Vid adekvat blodtryck samt normala blodprover.
- **Optimera patientdelaktighet**
 - Informera om livsstilsfaktorer (rökning, motion, alkohol) i kallelser och under besök. Tipsa om CAPIO livsstil som kan hjälpa patienter med olika livsstilsråd. Där finns digitala utbildningar med inriktning mot tobaksavvänjning, kostskola, fysisk aktivitet, stresshjälp, sömnhjälp och utbildning med fokus på hypertoni.
 - Erbjud stöd hos SSK/dietist för bättre kostvanor vid behov
 - Använda informationsblad för patientutbildning.
 - Planera besök hos sjuksköterska eller läkare för rådgivning och behandlingsplanering. Inkludera formulär med eget hembloodtryck som patient kan fylla i hemma.
- **Interna förbättringsmöten**
 - Avsätta tid för att följa upp förbättringsarbetet och optimera arbetsflöden.

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

Våra förbättringsidéer var att stärka kvalitet, patientsäkerhet och effektivitet i handläggningen av patienter med essentiell hypertoni. Detta genom att etablera en strukturerad hypertoni-mottagning inom primärvården, baserat på teamarbete mellan läkare och sjuksköterskor.

- Förbättra arbetssätt för att ge optimal och individanpassad vård.
- Tydliga ansvarsområden inom teamet
- Förbättrad patientinformation och ökad patientdelaktighet

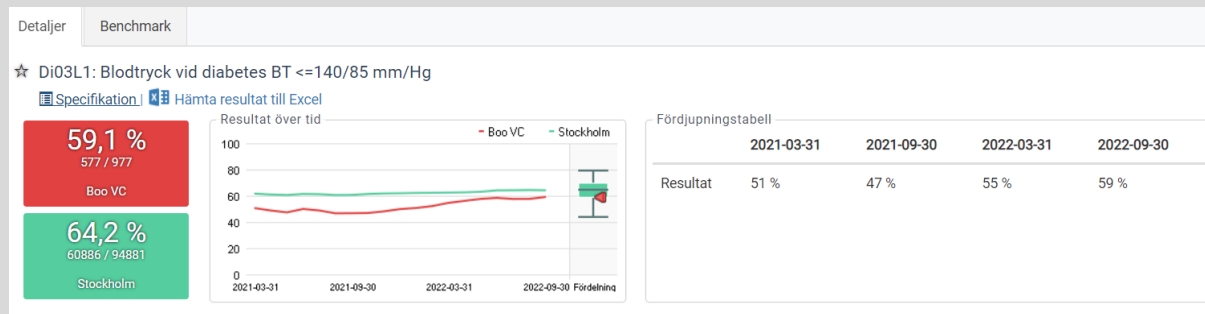
Kallelse till ett sjuksköterskebesök med provtagning inför årskontroll samt strukturerad uppföljning av blodtryck, levnadsvanor, hälsotillstånd (fysisk aktivitet, vikt, längd BMI, hembloodtrycks värden, samt genomgång av aktuella anti-hypertensiv läkemedelsbehandling). Patienter med stabilt och välreglerat blodtryck följs upp årligen, medan patienter med avvikande värden följs upp enligt fastställda trösklar:

- Vid blodtrycksmätning över 140/90 mmHG planerades ny egenmätning efter cirka en vecka, och vid kvarstående värden erbjuds vidare utredning med läkare, eventuellt läkemedelsjustering.
- Vid förhöjda lipidvärden specifikt LDL över 3 erbjöds dietist samt kost och rådgivning om levnadsvanor via läkare och sjuksköterska.
- Vid blodtryck över 160/90 mmHg kontaktas läkare av sköterska för justering av hypertoni-behandling och fortsatt kontroll av blodtryck.
- Vid stabila blodtrycksvärden och normala blodprover sker uppföljning av sköterska, läkare utfärdar årligt recept för att öka kontinuitet och minska antalet läkarbesök.
- Som en del av arbetssättet infördes tydliga, dokumenterade målblodtryck för behandling och uppföljning. För patienter med välreglerat blodtryck utan känd hjärt-kärlsjukdom sattes målet till <140/85 mmHg.
- För patienter med samtidig hjärt- och kärlsjukdom, eller annan samsjuklighet som påverkar behandlingsstrategin, fastställdes individualiserade blodtrycksmål. Dessa mål sattes av ansvarig läkare i syfte att säkerställa patientsäkerhet, följsamhet till gällande riktlinjer och korrekt medicinsk bedömning.
- En patientlista skapades för att kalla patienter som inte hade följts upp av mottagningen på 18 månader. Därefter blev dessa patienter kallade till sjuksköterskebesök.
- Vi gav även ut patientinformationsblad om hypertoni för att öka kunskapen hos patienter.

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Öka andelen patienter med registrerat målblodtryck	30%	2025/01/01	70%	45%	Med-rave	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Öka andelen patienter med registrerade total-kolesterol	48%	2025/01/01	70%	42	Med-rave	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
Indikator 3	Öka LDL-kolesterolvärden	47%	2025/01/01	70%	40%	Med-rave	T.ex. dec 2025
Indikator 4	Öka andelen patienter med registrerat BMI	53 %	2025/01/01	80%	59%	Med-rave	T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Utvärdering av årets provsvar och uppföljningsdata visar att det genomförda förbättringsarbetet har lett till en mer strukturerad, individanpassad och kvalitativ uppföljning av patienter med hypertoni. Vi har även skapat en rutin för hypertoni som följs av både sjuksköterska och läkare för att skapa en mer strukturerad vård. Vgs Bilaga 1.

Inom lipiduppföljningen ses en minskning av det genomsnittliga LDL-kolesterolvärdet med cirka 7 procent. Detta bedöms inte som ett misslyckande utan speglar en medveten prioritering där fokus har legat på patienter som saknat uppföljning under längre tid eller haft otillfredsställande värden. Under året har blodprov i första hand beställts för patienter som inte följts upp avseende LDL-kolesterol under två till tre år, särskilt patienter med hypertoni och tidigare avvikande värden vilket tillfälligt påverkat statistiken.

På motsvarande sätt har totalt kolesterol analyserats hos cirka 42 procent av patienter med hypertoni under året. Även detta resultat bedöms spegla en prioritering av patienter med störst behov, snarare än en brist i arbetssättet. Genom att rikta insatser mot patienter som inte haft regelbunden uppföljning eller som inte erhållit riktad behandling har kvaliteten i uppföljningen förbättrats, även om andelen genomförda analyser inte ökat i samma omfattning.

Uppföljningen visar vidare att dokumentationen av BMI har ökat med cirka 6 procent jämfört med föregående år. Detta bedöms återspegla en ökad systematik i arbetssättet, där BMI konsekvent används som en del av den samlade hälsobedömningen och inte som en isolerad riskfaktor. Sjuksköterskor och läkare har haft ett tydligt uppdrag att följa upp BMI, genomföra motiverande samtal och förskriva fysisk aktivitet på recept. Vid behov har även medicinsk behandling för viktnedgång initierats, med strukturerad uppföljning av både viktutveckling och blodtryck.

Inom förbättringsarbetet har även andelen patienter med dokumenterat målblodtryck ökat från cirka 30 procent till 45 procent, motsvarande en förbättring med 15 procentenheter under året. För patienter med välreglerat blodtryck och utan känd hjärt- och kärlsjukdom har ett standardiserat målblodtryck under 140/85 mmHg fastställts. För patienter med samtidig hjärt- och kärlsjukdom eller annan samsjuklighet har individuellt anpassade blodtrycksmål satts av läkare. Tydliga målblodtryck har bidragit till ökad struktur i uppföljningen, förbättrad behandlingsföljsamhet och ökad patientdelaktighet genom att patienterna fått en tydligare förståelse för sina behandlingsmål.

Sammantaget har två av fyra uppsatta kvalitetsmål uppnåtts under året. Trots detta bedöms förbättringsarbetet ha lett till en tydlig förbättring i uppföljningen av patienter med hypertoni, med stärkt struktur, ökad patientdelaktighet och mer behovsstyrda insatser. Arbetssättet har lagt grunden för fortsatt utveckling och förbättrad målpåfyllelse över tid.

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?

Under förbättringsarbetets gång har vi aktivt använt kunskap och återkoppling från patienter för att utveckla vårt arbetssätt. Vi har lärt oss att när patienter får tydliga mål, såsom individuellt anpassade målbloodtryck, ökar deras delaktighet i behandlingen. Patienterna blir mer engagerade, mer insatta i sin sjukdom och får en bättre förståelse för sambandet mellan behandling, livsstil och behandlingsresultat. Patient information från landstinget har gets från sedvanlig katalog som går att beställa via janusinformation.se.

För att stärka patienternas involvering har vi förbättrat och strukturerat patientinformationen. Sjuksköterskorna har etablerat en tydlig rutin för sedvanlig rådgivning, kompletterad med skriftligt informationsmaterial om hypertoni, läkemedelsbehandling och levnadsvanor. Detta har bidragit till ökad följsamhet, bättre dialog mellan patient och vårdgivare samt ett mer personcentrerat arbetssätt

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.

Under förbättringsarbetet har vi lärt oss att tydliga behandlingsmål och strukturerad patientinformation ökar patienternas delaktighet, förståelse och följsamhet. Möjlighet att låna blodtrycksmanschett har varit ett viktigt stöd för patienter utan möjlighet till hemmämätning. Vår plan framåt är att fortsätta på inslagen väg genom att vidareutveckla hypertoni mottagningen och förbättra vår hypertoni mottafning för mer tillgänglig, kontinuerlig och individanpassad uppföljning. Patienter som har god insikt och får rätt information har bättre möjlighet att sköta behandling mer självständig men även förståelse när de ska söka vård när blodtrycket är försämrat.

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 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.