

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	Namn på er Informationsapotekare
Familjeläkarna Husby	Christine Fransson
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Nusrat Gilani	nusrat.gilani@famalak.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet	Kontaktpersonens e-post
Zahidul khan	zahidul.khan@famalak.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 funktionsbrevlådaforbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se **senast den 1 mars2025, 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 januari2026obligatoriskt 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: Zahidul khan
Profession: Allmänspecialist

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: Nusrat Gilani (Verksamhetschef), Zahidul khan (Allmänspecialist), Wajeeha Imran (läkare), Rabia Bajwa (läkare), Asma Said (sjuksköterska), Amal Alamin (sjuksköterska),

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

B: Vår ambition är att skapa en miljö där patienter kan bidra med sina egna erfarenheter och synpunkter på vården, genom att vi aktivt lyssnar och bjuder in till dialog under besöken.

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.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.

På vårdcentralen ser vi det som en central del av vårt arbete att kontinuerligt förbättra behandlingen och uppföljningen av patienter med hypertoni. Hypertoni är en av de mest utbredda folksjukdomarna och en betydande riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar, stroke och njurskador. Särskilt i äldre och socioekonomiskt utsatta grupper är det en allvarlig problematik, där faktorer som ohälsosam kost, bristande fysisk aktivitet och hög stressnivå spelar en stor roll i sjukdomens utveckling och progression.

I vårt arbete på hypertoni-mottagningen är kartläggningen av dessa patienter en grundläggande del. Vi strävar efter att identifiera grupper som löper högre risk för otillräcklig blodtrycks kontroll, såsom äldre, patienter med diabetes eller njursjukdom, samt de som har svårt att följa medicinerings- och livsstilsråd. En noggrant genomförd kartläggning hjälper oss att bättre förstå patienternas hälsotillstånd och säkerställa att vi följer aktuella riktlinjer för behandling.

En viktig aspekt av vårt kvalitetsarbete är att bedöma om våra patienter når de behandlingsmål som är fastställda för deras blodtryck. Enligt Viss.nu är målvärdena för blodtrycket åldersberoende: för patienter under 70 år rekommenderas ett blodtryck på 120–129/70–79 mmHg, medan för dem över 70 år är målet något högre, 130–139/70–79 mmHg. Dessa målvärden syftar till att minska risken för hjärt-kärlsjukdomar och andra allvarliga komplikationer.

Under 2022 genomförde vi ett kvalitetsarbete för att förbättra vård och behandling för hypertoni-patienterna på vår mottagning, och vi ser detta arbete som en grund för fortsatt utveckling. Vårt mål är att uppnå ännu bättre blodtrycksmål för våra patienter, genom att använda kartläggningen som ett verktyg för att förbättra individernas hälsa samt stärka vårt förebyggande arbete. På vår hypertoni-mottagning arbetar vi i ett interprofessionellt team med läkare,

sjuksköterskor, undersköterskor samt dietister och fysioterapeuter för att ge patienterna holistisk vård. Läkare hanterar diagnos och behandlingsjustering, medan sjuksköterskor ansvarar för uppföljning, patientutbildning och motiverande samtal. Undersköterskor stödjer med blodtrycksmätningar och praktisk hjälp, medan dietister och fysioterapeuter bidrar med kost- och träningsråd.

Med hjälp av MedRave kan vi noggrant följa upp behandlingseffekterna genom att kontinuerligt övervaka patienternas blodtrycksnivåer och andra relevanta hälsovärden.

Val av temaför förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

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/>

Formulera här era mål:

Arbetet sträcker sig över hela året 2025 med målet att upptäcka och behandla högt blodtryck för att förhindra att det förvärras och minska risken för framtida hälsoproblem.

De specifika delmålen är:

- Att öka antalet personer som får diagnosen högt blodtryck.
- Att förbättra dokumentationen av glukosmätningar för patienter med högt blodtryck.
- Att öka andelen patienter med blodtryck under 140/90
- Att öka andelen hypertoniker där LDL-kolesterol journalförts
- Att öka antalet GFR-värden som registreras i journalen för patienter med hypertoni

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/>

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: Kunskapsbrist hos patienter

1.1: Broschyrer som handlar om hypertoni
1.2: Individuell rådgivning och erbjuder besök till livsstilsrådgivning

2: Bristande dokumentation från personalen

2.1: Utbildning och kompetensutveckling
2.2: Tydliga rutiner och riktlinjer
2.3: Kontinuerlig uppföljning

3: Nya medarbetare

3.1: Strukturerad introduktion
3.2: Mentorskap

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-forbatteringstrappa/>

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 Antaleller 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	Förekomst av diagnoshypertoni	14,7% (1269)	2025-01-01	15%	MedR ave	Dec 2025
Indikator 2	Andel i % av dokumenterade glukosmätningar hos hypertoni patienter	74% (786)	2025-01-01	80%	MedR ave	Dec 2025
Indikator 3	Andel patienter med blodtryck <140/90	66 % (843)	2025-01-01	70%	MedR ave	Dec 2025
Indikator 4	Andel av hypertoniker där LDL-kolesterol journalförts	61% (654)	2025-01-01	70%	MedR ave	Dec 2025
Indikator 5	Andel i % av dokumenterade GFR hos hypertoni patienter	75% (806)	2025-01-01	80%	MedR ave	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 fikaummet, 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-forbatteringstrappa/>

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.

Vi har som mål att identifiera alla patienter med hypertoni som inte har uppnått sitt önskade blodtryck vid senaste mätningen. Genom att använda MedRave kan vi snabbt lokalisera patienter med förhöjt blodtryck som inte har fått en uppföljande kontroll under det senaste året. Dessa patienter kontaktas av en sjuksköterska via telefon för att boka en tid för uppföljning och vidare bedömning.

För att optimera vårt arbete har vi infört lokalt anpassade riktlinjer för omhändertagandet av patienter i denna grupp. Nya rutiner har implementerats för att säkerställa att blodtrycksmätningar alltid utförs i samband med receptförnyelser. Dessutom upprättas individuellt utformade blodtrycksmål och personliga uppföljningsplaner för varje patient, som dokumenteras noggrant i journalen för att underlätta en systematisk och kontinuerlig vård.

Vi följer utvecklingen av hypertonibehandlingen för att se hur vårt arbetssätt fungerar över tid. Som en del av vårt förbättringsarbete vill vi även integrera hembloodtrycksmätningar som ett verktyg för att få en mer komplett bild av patientens blodtryck över tid. Patienterna får instruktioner om hur de ska mäta sitt blodtryck hemma, och värdena används som underlag vid uppföljningsbesök för att diskutera behandling, justera medicinering vid behov och följa upp de individuella målen.

Hembloodtrycksmätningarna bidrar till en mer individanpassad vård där målen sätts utifrån patientens ålder, samsjuklighet och risk för biverkningar. På detta sätt kan vi kombinera evidensbaserade riktlinjer med patientens egna uppgifter, vilket stärker både kvaliteten i vården och patientens delaktighet.

Som stöd använder vi indikatorn ”Andel av patienter med hypertoni som har blodtryck <140/90 mmHg”. Indikatorn används för uppföljning och översikt, men ersätter inte den individuella kliniska bedömningen.

De faktiska blodtrycksmålen sätts alltid individuellt och utgår från gällande riktlinjer samt patientens ålder, samsjuklighet och hur behandlingen tolereras. I praktiken innebär detta att yngre patienter oftast har lägre målvärden än äldre, under förutsättning att behandlingen kan genomföras på ett säkert sätt.

Blodtrycksmålen baseras på aktuella riktlinjer och patientens förutsättningar:

- Patienter ≤70 år: 120–129/70–79 mmHg
- Patienter >70 år: 130–139/70–79 mmHg

Genom att kombinera en övergripande uppföljning med individuellt anpassade behandlingsmål kan vi arbeta strukturerat med hypertoni och samtidigt säkerställa en trygg och fungerande behandling för varje patient.

Utöver dessa löpande rutiner fokuserar vi även på att förbättra de årliga hälsokontrollerna. Vid dessa kontroller registrerar vi centrala uppgifter som tobaksanvändning och patientens individuella blodtrycksmål. Vi identifierar också faktorer som kan hindra patienten från att nå sina mål, till exempel biverkningar eller svårigheter att följa behandling. Denna information hjälper oss att anpassa och optimera behandlingsstrategin för varje enskild patient.

Vårt kvalitetsarbete följs upp kontinuerligt genom regelbundna möten med personalen, där vi analyserar resultat och finjusterar våra arbetssätt. En särskild arbetsgrupp samlas varje månad för att driva förbättringsarbetet framåt och säkerställa att vi når våra uppsatta mål.

För att ytterligare stärka patientfokuset lägger vi stor vikt vid att informera våra patienter om deras sjukdom, tillgängliga behandlingsalternativ och betydelsen av att nå sitt målblodtryck för att minska risken för komplikationer. Hypertonisköterskorna erbjuder stöd för livsstilsförändringar som kan förbättra blodtrycket, och FaR (fysisk aktivitet på recept) erbjuds som ett komplement vid besöken.

Dessutom stärker vi vår verksamhet genom att involvera och utbilda undersköterskor. Vi planerar att etablera en särskild undersköterskemottagning för att hantera 24-timmars blodtrycksmätningar, där kontroller utförs och sedan rapporteras vidare till hypertonsköterskor för uppföljning och vidare vårdplanering.

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: forbattringsarbeten.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

Under året har vi arbetat med att stärka uppföljningen och behandlingen av patienter med hypertoni. Ett viktigt steg har varit att varje patient får individuellt anpassade blodtrycksmål, och hembloodtrycksmätningar har blivit ett centralt verktyg. Patienterna får tydliga instruktioner om hur de ska mäta sitt blodtryck hemma, och resultaten används vid uppföljningsbesök för att diskutera behandling och justera mediciner vid behov.

För att skapa en gemensam arbetsmetod har vi infört lokala riktlinjer som beskriver hur blodtryck ska mätas, dokumenteras och följas upp, samt hur behandlingen ska optimeras. Dessa riktlinjer har gått igenom regelbundet med både läkare och sjuksköterskor, vilket har bidragit till standardiserade rutiner och ökad säkerhet i vården.

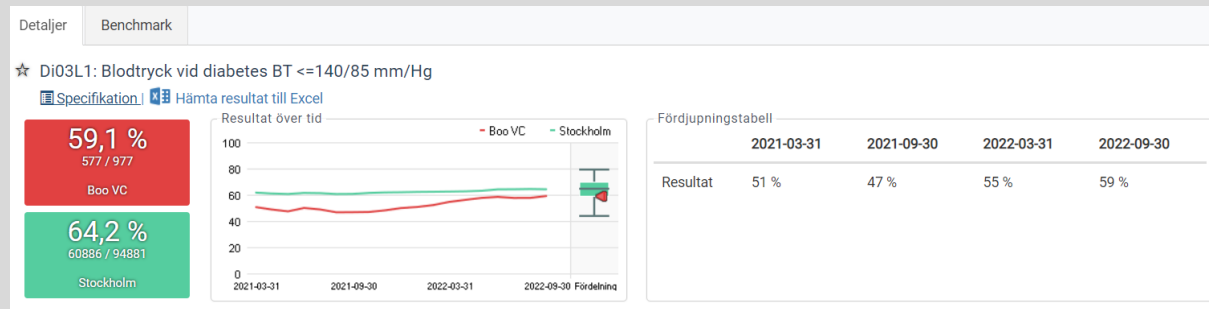
Patienterna har fått en mer aktiv roll i sin vård. Genom att ta med hembloodtrycksvärden, delta i samtal om mål och behandling, samt få råd om kost, motion och livsstil, blir de delaktiga i uppföljningen. Det har ökat motivationen och förbättrat följsamheten, vilket gör att fler når sina individuella blodtrycksmål.

För att hålla koll på uppföljning och identifiera patienter som behöver kontakt använder vi MedRave som verktyg. Det gör det möjligt att följa behandlingsresultaten på gruppnivå och samtidigt säkerställa att varje patient får en individuell och trygg vårdplan. Samtidigt har personalens kompetens stärkts genom utbildning i riskbedömning, behandlingsoptimering och 24-timmars blodtrycksmätningar, vilket ger ännu bättre underlag för beslut.

Genom tydliga rutiner, strukturerad uppföljning och ökad patientdelaktighet har vi skapat ett arbetssätt som fungerar i vardagen och kan användas för alla våra hypertoni-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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Förekomst av diagnoshypertoni	14,7% (1269)	2025-01-01	15%	14,8% (1278)	MedRave	Dec 2025
Indikator 2	Andel i % av dokumenterade glukosmätningar hos hypertoni patienter	74% (786)	2025-01-01	80%	63% (669)	MedRave	Dec 2025
Indikator 3	Andel patienter med blodtryck <140/90	66 % (843)	2025-01-01	70%	59,7% (763)	MedRave	Dec 2025
Indikator 4	Andel av hypertoniker där LDL-kolesterol journalförts	61% (654)	2025-01-01	70%	58% (622)	MedRave	Dec 2025
Indikator 5	Andel i % av dokumenterade GFR hos hypertoni patienter	75% (806)	2025-01-01	80%	72% (773)	MedRave	Dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Under vårt förbättringsarbete har vi sett hur viktigt det är att arbeta systematiskt med tydliga rutiner för att följa upp patienternas blodtryck och behandling. Noggrann dokumentation och gemensamma riktlinjer underlättar kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor och gör uppföljningen mer strukturerad.

Vi har också insett värdet av ett nära samarbete i teamet, där både sjuksköterskor och läkare tillsammans säkerställer att patienterna får rätt behandling och stöd för att nå sina individuella mål. När patienterna är delaktiga och får tydlig information om sina mål ökar motivationen och följsamheten. Även små justeringar i arbetssätt, som klara mål och regelbunden återkoppling, kan ge stora förbättringar utan extra resurser.

En viktig faktor som påverkade möjligheten att nå uppsatta mål var patienternas delaktighet i uppföljningen. Flera patienter uteblev från planerade årskontroller eller genomförde inte

rekommenderade provtagningar, vilket begränsade möjligheten till både medicinsk uppföljning och strukturerad dokumentation. Detta visade tydligt att förbättring av hypertoni vård inte enbart är beroende av interna rutiner, utan också av patienternas engagemang och följsamhet. Arbetet har därför tydliggjort att framtida förbättringar måste kombinera tydliga och fungerande rutiner med åtgärder som stärker patientdelaktighet, till exempel tydlig information om mål, motivation och kommunikation kring vikten av regelbundna kontroller. Genom detta samspel mellan team, system och patient kan vi uppnå bättre och mer hållbara resultat.

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 lagt stort fokus på att göra patienterna delaktiga genom att förklara blodtrycksmål, risker och behandlingsalternativ på ett tydligt sätt. Det har gjort att de kan vara med och påverka både medicinering och livsstilsförändringar.

Patienterna har fått reflektera över sina vanor och själva identifiera förbättringsområden, vilket ökat deras engagemang och följsamhet. Genom att använda deras egna värden som underlag för uppföljning blir vården mer individanpassad och meningsfull. Vi har sett att när patienter är delaktiga blir både resultaten bättre och arbetet på mottagningen mer effektivt.

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.

Framöver ska vi fortsätta utveckla arbetet med hypertoni patienterna genom att följa upp patienter som inte når sina mål och säkerställa att behandlingsplaner dokumenteras korrekt. Med hjälp av MedRave kan vi följa både individ- och gruppresultat och justera behandling vid behov.

Vi fortsätter med mottagningsbesök där patienter får stöd i livsstil och medicinsk behandling, samtidigt som teamet samarbetar för riskbedömning och uppföljning. Målet är att rutinerna blir hållbara och att patienterna får trygg, säker och individanpassad vård över tid.

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.