

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *hypertoni*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Familjeläkarna Tungelsta	Namn på er Informationsapotekare Katrina Dee
Verksamhetschef Johanna Sjögren	Verksamhetschefens e-post Johanna.sjogren@famlak.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Thomas Berhane	Kontaktpersonens e-post Thomas.berhane@famlak.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 **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.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 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

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Thomas Berhane
Profession: ST-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:

Thomas Berhane, ST-läkare
Branimir Gnjatovic, specialist i allmänmedicin
Johanna Sjögren, sjuksköterska

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

B: För att aktivt involvera patienterna i utformningen av arbetet planerar vi att samla in deras synpunkter och erfarenheter på flera sätt. Vi kan till exempel genomföra korta intervjuer eller telefonuppföljningar. Samtidigt skickar vi ut webbformulär med information om vad deras målblodtryck är (130–139 mmHg systoliskt och 70–79 mmHg diastoliskt) och ger dem möjlighet att rapportera sina värden. På så sätt involveras patienterna aktivt, vilket kan öka deras delaktighet, följsamhet och bidra till förbättrade behandlingsresultat.

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.

En genomgång i Medrave visar att det finns 462 patienter med hypertoni-diagnos som är 70 år eller yngre. Av dessa har endast 48 patienter, cirka 10 %, ett blodtryck inom rekommenderat målområde. Samtidigt saknar 113 patienter, motsvarande ungefär 24 %, helt registrerade blodtrycksvärden i journalen.

Vi har också identifierat att läkemedel ibland förnyas trots att det saknas aktuella blodtrycksvärden från det senaste året. I dagsläget finns ingen tydligt fastställd rutin för hur receptförnyelser ska hanteras hos patienter med hypertoni som inte har följts upp med blodtrycks kontroll.

Dessutom saknas en strukturerad modell för regelbunden årskontroll och för att involvera patienterna i uppföljningen av sin sjukdom. Mot denna bakgrund vill vi ta fram en rutin för att fånga upp patienter med hypertoni som begär receptförnyelse men som inte har kontrollerat sitt blodtryck under de senaste 12 månaderna.

Syftet är att öka andelen genomförda blodtrycks kontroller och därigenom förbättra möjligheten att tidigt upptäcka otillräcklig blodtrycks kontroll, med målet att minska risken för framtida hjärt- och kärlkomplikationer.

Val av tema för förbättrings arbetet:

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

Hypertonibehandling och målblodtryck på Familjeläkarna Tungelsta

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:

Övergripande mål: Bedriva en god vård utifrån evidensbaserade riktlinjer och genom detta ha ett gott medicinskt omhändertagande för våra listade patienter med hypertoni diagnos.

Delmål:

Se till att de som inte kommit på årskontroll under föregående året ska få tid för årskontroll.

Se till att samtliga patienter med hypertoni diagnos får tid för årskontroll.

Öka andelen patienter som uppnår målblodtryck.

Öka andelen som har registrerat hembloodtryck i journalen utifrån utskick via webbformulär.

Minska antal oregistrerade blodtryck.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Idéer till lösningar (För att nå målen)

<p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>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/</p>					
<p>1: Uppföljning efter insatt medicinering samt att korrekt registrering i journal.</p>	<p>1.1: Uppföljning av patienter efter insättning av medicin, via undersköterska på mottagning eller via telefon. 1.2: Om avvikande blodtryck och korrigerings av medicinering krävs så ska det återkopplas och ansvarig läkare ska ansvara för journalföring.</p>					
<p>2: Alla patienter 70 år och yngre med hypertoni diagnos har inte varit på årskontroll. 3: Av de som varit på årskontroll så är det inte alla som fått en uppföljning för att se om blodtryck nått mål efter justering av mediciner.</p>	<p>2.1: Se till att samtliga patienter på med hypertoni diagnos 70 år och yngre får tid för årskontroll. 3.1 :Se till att i samband med att ett blodtryck sätts in så får antingen patienten en ny tid hos undersköterska eller en telefontid då det informerar oss om deras blodtryck för att se om de nått målet.</p>					
	<p>4.1: Sätta inte patienten på dubbel behandling.</p>					
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>						
<p>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.)</p> <p>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.</p>						
	<p>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka</p>	<p>Nuläge = Startläge (% eller antal)</p>	<p>Datum/period för startläge</p>	<p>Mål (% eller antal)</p>	<p>Källa (t.ex. Med-rave)</p>	<p>Datum för att uppnå målvärdet</p>

Indikator 1	<i>Andel patienter ≤ 70 år med blodtryck 130–139/70–79 mmHg</i>	48 av 462 = 10%	241231	70%	Medr ave	251231
Indikator 2	<i>Minska antal oregistrerade blodtryck.</i>	113 st av 462 = 24%	241231	75%		251231
Indikator 3						
Indikator 4						
Indikator 5						

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/verkygslada-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?

Första steget till att följa patienternas blodtryck är att kartlägga vilka patienter som inte har registrerat blodtryck under vald tidsperiod och att skicka ut webformulär för hemmätning av blodtryck. Efter svar på detta anländer detta till vidimeringsansvarig sjuksköterska som bedömer och registrerar blodtrycksvärdena och vid behov konsulterar läkare på avsett rondtid veckovis. På så sätt kan vi se vilka som inte har varit på årskontroll och om justeringar i medicin behövs göras till de kallas för årskontroll under 2025.

Eftersom livsstilsfaktorer har en stor inverkan på sjukdomen så ska läkargruppen samt sköterskegruppen förbättra sitt arbete gällande detta genom att tala om faktorer så som tobak, fysisk aktivitet, vikt och kost, saltintag och alkoholkonsumtion och att efter detta sätta in rätt insatser som behövs (exempelvis information om Sluta-röka-linjen, kostråd osv). I journalmallen till sjuksköterska/distriktssköterska finns dessa faktorer specificerade och blir således uppmärksammade i samband med dessa besök, men personalen ska generellt försöka ha detta i åtanke kring patienterna med hypertoni oavsett årskontroll eller inte.

Avseende läkemedelsbehandlingen ska läkargruppen utgå från VISS.nu. Vid nydiagnostiserade patienter ska korrekt behandling sättas in och för de som redan har hypertoni-diagnos med farmakologisk behandling ska läkargruppen se över läkemedelsbehandlingen. Detta kan göras på rondan med sköterska, i samband med ”vanliga” läkarbesök när de uppmärksammar att patienter har hypertoni-diagnos samt i samband med receptförnyelser.

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

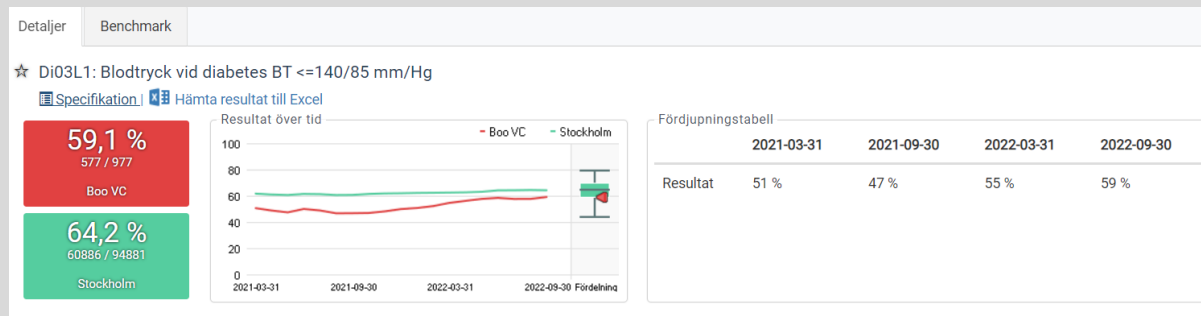
De förbättringsideer som vi införde var att använda webbformulär där patienter som inte hade varit på årskontroll senaste året för att de ska få lämna in sin hembloodtryck för att vi ska få kontakt med patient och komplettering av deras uppföljning för sin hypertoni.

En annan förbättringsidé var att patienter som önskade förnyelse av läkemedel men saknade genomförd årskontroll aktivt kontaktades och bokades in för årskontroll. Vid normala värden bokades ansvarig sjuksköterska in receptförnyelse hos ansvarig läkare, medan avvikande värden diskuterades med läkare för vidare handläggning.

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	<i>Andel patienter ≤ 70 år med blodtryck 130–139/70–79 mmHg</i>	48 av 462 = 10%	241231	70%	53 av 471 = 11%	Medrave	251231
Indikator 2	<i>Minska antal oregistrerade blodtryck.</i>	113 st av 462 = 24%	241231	75%	95 av 471 = 20%	Medrave	251231
Indikator 3							
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att användning av webbformulär som metod för att nå patienter som inte varit på årskontroll hade begränsad effekt, eftersom svarsfrekvensen var låg.

En annan erfarenhet vi tog med oss var att patienter som önskade receptförnyelse kunde användas som en möjlighet att kalla dem till årskontroll. Samtidigt behövde läkemedel ofta förnyas i väntan på besökstid, och vissa patienter valde att avboka sitt planerade besök efter att ha fått sitt recept. Detta gjorde att vi förlorade en del patienter till uppföljning, men åtgärden ökade samtidigt patienternas delaktighet i sin vård.

Verksamheten har under perioden präglats av personalomsättning och organisatoriska förändringar, vilket har försvårat möjligheten att genomföra den planerade etableringen av blodtrycksmottagningen. Den sjuksköterska som ursprungligen var tänkt att ansvara för mottagningen har lämnat sin tjänst, och arbetet har därför i huvudsak drivits av undertecknad tillsammans med en nyanställd sjuksköterska. Detta har inneburit att målsättningen inte har kunnat uppnås i den takt som planerats. Ambitionen är dock att mottagningen ska vara fullt etablerad under 2026.

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 patienters kunskap på olika sätt under förbättringsarbetet. Initialt försökte vi samla in information via webbformulär för patienter som inte varit på årskontroll, men den metoden gav låg svarsfrekvens och begränsad information. Mot slutet av arbetet påbörjade vi istället en blodtrycksmottagning, där patienter kunde involveras direkt i uppföljning av sitt blodtryck. Detta ökade deras delaktighet, eftersom de fick möjlighet att aktivt rapportera värden, diskutera sin behandling och delta i beslut kring medicinering.

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 planerar vi att införa en daglig rond på 30 minuter där patienter med avvikande blodtryck tas upp tillsammans med ansvarig läkare. Under rondan går vi igenom patientens läkemedel och patientens prover tas årligen. Baserat på detta fattas beslut om eventuella förändringar i behandlingen. Patienten bokas sedan till uppföljning hos sjuksköterska.

Vi har avvecklat webbformulären eftersom de gav låg svarsfrekvens och liten nytta. Genom den nya rutinen med rond och sjuksköterske uppföljning hoppas vi kunna behålla de positiva effekterna vi sett på patientdelaktighet och uppföljning av blodtryck.

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 forbattningsarbeten.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.