

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kungsängens vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Malin Kvist	Verksamhetschefens e-post Malin.kvist@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Malin Kvist	Kontaktpersonens e-post Malin.kvist@regionstockholm.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 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: Malin Kvist
Profession: 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: Malin Kvist, verksamhetschef och Anika Fernando, MLA
Anders Arver, ST (slutade 2025-10-18)
Jessica Husman, DSK
Matilda Ojamäki Blomberg

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

B:

- Förslagslåda i väntrum
- Följa en patient med förhöjt BMI

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.

Det är betydligt enklare att nå målbloodtryck och ändra levnadsvanor tidigt i sjukdomsutvecklingen. Därför är behandling som påbörjas redan tidigt av stort värde för god kontroll och framtida riskreduktion i och med tidigt kartlagda levnadsvanor.

Trots goda behandlingsmöjligheter når endast en ganska liten grupp av våra hypertoni-patienter blodtrycksmålen enligt nationella riktlinjer (<120-129/80-85). I gruppen 25 till 69 år uppnår 40% målvärde. Vi ämnar undersöka denna grupp, 25 till 69 år, närmare inom fyra områden för att se om vi kan förbättra dessa siffror. Dels hur vi på bästa sätt ska följa upp de som inte nått målbloodtryck. Dels hur vi på bästa sätt ska få korrekt uppmätt och dokumenterade blodtrycksvärden och hur läkargruppen applicerar de nya riktlinjerna kring behandling med två aktiva substanser, som verkar blodtryckssänkande, redan vid diagnos och hur vi

hanterar hypertonipatienter i stort. Dels hur vi ökar teamarbetet mellan professionerna på vårdcentralen. Dels genom kartläggning av hälsa och levnadsvanor. Vi ser att vi har svårt att nå blodtrycksmålen. Vi ser även låg andel levnadsvanor som finns dokumenterat och BMI saknas nästan helt vid kontroll i medrave.

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.

I målgruppen minska risken för allvarliga negativa händelser så som stroke genom att minska tiden till patienterna når målbloodtryck och därmed reducera statistiska risker samt identifiera dom patienter som har hypertoni relaterat till mindre bra levnadsvanor.

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:

- Vi vill öka antalet patienter som uppnår målrelaterat blodtryck i åldrarna 25-69 år.
- Vi vill öka andelen patienter med diagnosgrad två som ordineras minst två olika substanser
- Vi vill öka andelen patienter som tillfrågas och genomför levnadsvanor, rökning, fysisk aktivitet, matvanor samt alkohol årligen.
- Vi vill öka andelen patienter som har dokumenterat BMI årligen.

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: Bristande följsamhet till rutin

1.1: Förtydliga rutinen på professionsmöten
1.2: Påtala vilken journalmall som skall användas
1.3: Påtala att patienterna skall åter sättas på väntelista efter besök

2: Bristande uppföljning av blodtryck

2.1: Uppmana patienter att komma på öppen mottagning för blodtryck
2.2: Blodtryckskontroller ska vara kostnadsfria

3: Bristande förståelse för att levnadsvanor har betydelse för fortsatt förlopp av sjukdom

3.1: Boka levnadsvanor till ssk före läkarbesök
3.2: Kalla patienter som inte kommer för uppföljning

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 processmåten 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.**

	Indikator Hos hypertoni patienter	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medr-ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel hypertonipatienter som når målbloodtryck <120-129/80-85 (nationella riktlinjer) i åldrarna 25 till 69</i>	40%	2025-03-01	60%	Medr-ave	<i>December 2025</i>
Indikator 2	<i>Andel hypertonipatienter med grad 2 (enligt VISS) eller högre som får behandling med 2 eller fler läkemedel</i>	33%	2025-03-01	40%	Medr-ave +VIS S	<i>December 2025</i>
Indikator 3:1	<i>Andel patienter som har dokumenterat tillfrågat rökvanor</i>	44%	2025-03-01	50%	Medr-ave	<i>December 2025</i>
Indikator 3:2	<i>Andel patienter som har dokumenterat tillfrågat Fysisk aktivitet</i>	17%	2025-03-01	50%	Medr-ave	<i>December 2025</i>
Indikator 3:3	<i>Andel patienter som har dokumenterat tillfrågat Matvanor</i>	11%	2025-03-01	50%	Medr-ave	<i>December 2025</i>
Indikator 3:4	<i>Andel patienter som har dokumenterat tillfrågat Alkohol</i>	25%	2025-03-01	50%	Medr-ave	<i>December 2025</i>
Indikator 4	<i>Andel patienter som dokumenterat BMI</i>	21%	2025-03-01	50%	Medr-ave	<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?

- *Ha förbättringsarbetet som stående punkt på professionsmöten: läkare och sjuksköterskor*
- *Ta bort avgift för patienter som har diagnos hypertoni vid blodtryckskontroll*

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

- Isb med att kallelse från väntelista skickas ut skickas även instruktioner angående levnadsvanor på 1177/Alltid öppet samt provtagning före läkarbesök
- Isb med provtagning tas även blodtryck, vikt och längd. Frigjorde tid för läkaren.
- Väntelista har ingen avgörande betydelse. Patienter fångas bra via TeleQ och receptionen.
- Dock kvarstår väntelista
- Idé om att starta hjärt- och kärlmottagning
- Fortsatt många patienter som kommer på öppen blodtrycksmottagning sedan kostnaden togs bort.

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	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 hypertoni patienter som når målbloodtryck <120-129/80-85 (nationella riktlinjer) i åldrarna 25 till 69</i>	40%	2025-03-01	60%	54%	Medrave	December 2025
Indikator 2	<i>Andel hypertoni patienter med grad 2 (enligt VISS) eller högre som får behandling med 2 eller fler läkemedel</i>	33%	2025-03-01	40%	53%	Medrave + VISS	December 2025
Indikator 3:1	<i>Andel patienter som har dokumenterat tillfrågat rökvanor</i>	44%	2025-03-01	50%	74%	Medrave	December 2025
3:2	<i>Andel patienter som har dokumenterat tillfrågat Fysisk aktivitet</i>	17%	2025-03-01	50%	47%	Medrave	December 2025
3:3	<i>Andel patienter som har dokumenterat tillfrågat Matvanor</i>	11%	2025-03-01	50%	24%	Medrave	December 2025
3:4	<i>Andel patienter som har dokumenterat tillfrågat Alkohol</i>	25%	2025-03-01	50%	62%	Medrave	December 2025

Indikator 4	<i>Andel patienter som dokumenterat BMI</i>	21%	2025-03-01	50%	50%	Medra ve	December 2025
--------------------	---	-----	------------	-----	-----	----------	---------------

Övriga kommentarer:

Vi nådde inte hela vägen fram med alla resultat, indikator 3:2 och 3:3, men vi kom väldigt långt. Vissa indikatorer ökade avsevärt.

Slutreflektion

Vi kom fram till återigen tydliga rutiner är en stor framgångsfaktor samt teamets betydelse skapar utrymme för fler åtgärder.

Ex:

- Isb med att kallelse från väntelista skickas ut skickas även instruktioner angående levnadsvanor på 1177/Alltid öppet samt provtagning före läkarbesök
- Isb med provtagning tas även blodtryck, vikt och längd. Frigjorde tid för läkaren.
- Väntelista har ingen avgörande betydelse. Patienter fångas bra via TeleQ och receptionen.

Tydliga rutiner och täta uppföljningar för att säkerställa att ruiner efterlevs har varit en framgångsfaktor. Vid nyanställning har handledare säkerställt att rutiner efterlevs.

Att ha en väntelista har säkerställt kontinuiteten.

När vi tog bort avgiften för kontroll av blodtryck kom det fler patienter både till öppen blodtrycksmottagning men även bokade besök.

Det vi också behöver ta till oss är att patienterna själva har åsikter och synpunkter på hur vården och behandling skall ske.

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 skriver fler vårdplaner vilket gör att patienter upplever att dom är mer delaktiga i sin behandling. Även hembloodtrycken har ökat och det uppskattar patienterna för att slippa komma till mottagningen. Tidigare var hemmätningarna mindre än 1%. Idag är vi uppe i 6%.

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.

Eftersom vi har tydliggjort rutinen vad gäller förberedelser inför årlig hypertontkontroll och tillämpar väntelista hoppas jag att vi kan vidmakthålla våra siffror och förståsätta förbättra våra resultat.

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.