

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: **Meliva Vc** **Sibyllekliniken...Hypertoni**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Meliva Vc Sibyllekliniken	Namn på er Informationsapotekare Teresa Alton Borgelin
Verksamhetschef Annelie Lager	Verksamhetschefens e-post Annelie.Lager@meliva.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Hanna Edlund/Madeleine Lindqvist (tog över juni 2025)	Kontaktpersonens e-post Hanna.Edlund@meliva.se/ Madeleine.Lindqvist@meliva.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](mailto: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 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:Hanna Edlund/Madeleine Lindqvist
Profession:Sjuksköterska

**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: : Verksamhetskoordinator/Kvalitetsansvarig/Usk Helena Jonsson Widlund, Verksamhetschef/Ssk Annelie Lager, Jonas Lofors läkare. Ssk Madeliene Lindqvist, Bitr Vc Susanne Johansson

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

B: Feedback från patienterna som kommer till vår hypertoni-mottagning

### **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 nuläget ingen väntelista så många patienter följs ej upp årligen. Vi vill fånga upp även den delen av patienterna som sköts hos privata specialister.  
Vi vill ha regelbundna kontroller avseende blodtrycket samt regelbundna uppföljningar hos sjuksköterska samt läkare.*

### **Bättre uppföljning och vård för patienterna med hypertoni**

#### **Regelbundna årsbesök**

**Hitta odiagnostiserade hypertoni-patienter och följ upp dom i tid – Under gången ser vi att detta inte är relevant. Tas bort.**

#### **Delaktiga och välinformerade patienter**

<p><b>Val av tema för förbättringsarbetet:</b></p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>	
<p>Hypertoni då det är den största diagnosgruppen på vår klinik</p>	
<p><b>Mål (Vad vill ni uppnå?)</b></p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?  Länk till "Målformulering": <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a>  <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p> <p><b>Formulera här era mål:</b></p>	
<p><b>Bättre uppföljning och vård för patienterna med hypertoni</b></p> <p><b>Regelbundna årsbesök</b></p> <p><b>Delaktiga och välinformerade patienter</b></p>	
<p><b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b></p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a>  <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p>	<p><b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b></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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</a></p>
<p>1: Oregelbunden uppföljning av dessa patienter</p>	<p>1.1: Starta en hypertoni-mottagning  1.2: Börja med en väntelista  1.3: Systematiska årskontroller hos både läkare och sjuksköterska, och planering för uppföljning</p>
<p>2: Patienterna saknar tydlig vårdplan</p>	<p>2.1: Ge information om hypertoni  2.2: : Information om egenvård /förskriva FaR    2.3: : Boka in nästa besök för pat under pågående besök</p>
<p>3: : Saknad av väntelista för dessa patienter</p>	<p>3.1: : Skapa väntelista    3.2:  3.3:</p>

**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 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medr-ave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal patienter med hypertoni</i>	1207 st, 21,9 % av våra patienter	20250218	25%	Medr-ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Antal patienter som inte blivit kallade för uppföljning av sin hypertoni under senaste året</i>	37,6%, 454 st ej varit senaste året	20250218	20%	Medr-ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal patienter med hypertoni-diagnos där det saknas blodtrycksvärde (2022-01-01 – 2025-02-18)</i>	70 av 1207 pat. 5,7%	20250218	4%	medr-ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal hypertoni-patienter med registrerat hembloodtryck</i>	55/1207, 5%	20250218	25%	Medr-ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 5</b>	<i>Antal hypertoniker med avvikande blodtrycksvärde, över 140/90</i>	588 st, 48,71%	20250218	40%	Medr-ave	<i>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.*

Satsar mer på att fånga upp dessa patienter. Vi ska förbättra våra registreringar i Take care. Ändrar målet till 40 %

**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?

Det är viktigt att man registrerar hembloodtryck som patienten tar eftersom det ofta blir högre blodtryck när man tar på mottagningen, då av annan orsak. Standardiserad Blodtrycksmätning är nu infört som rutin. Rätt registrering samt registrering av Hem-blodtryck.

Vi avsätter tid för personalen att ta kontakt via telefon samt brev. Hypertonimottagning startas. Brevkallelser skapas. Fler sjuksköterskor lärs upp.

Strukturerad uppföljning med årsbesök och teamarbete, regelbundna kontroller och Provtagning. Hembloodtrycksmätning och individuella mål. Teamarbete (Sjuksköterska+ läkare) för bättre compliance.

**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](mailto: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

7

\*Standardiserad Hypertonimottagning – Ledd av sjuksköterska. Med Vänkelista och kallelse till återkommande besök. Torsdagar. Lär även upp fler sköterskor. Skapat särskild kallelse i Take Care.

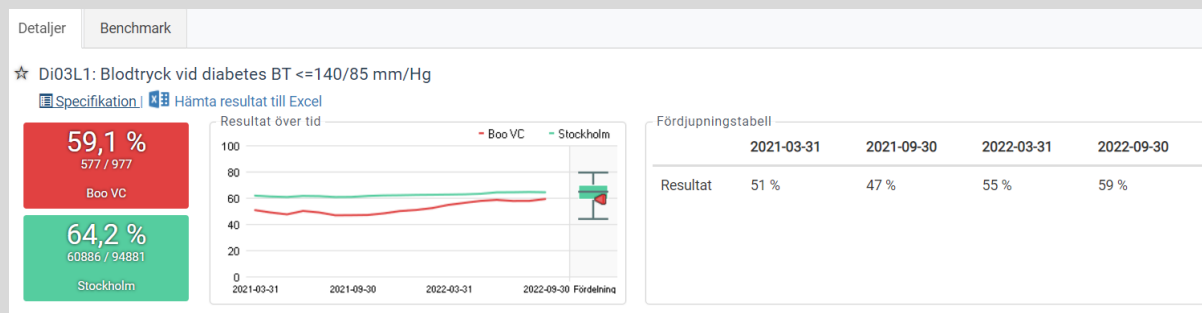
\*Standardiserad Blodtrycksmätning-införd som rutin. Rätt registrering samt registrering av Hemblodtryck.

\* Strukturerad uppföljning med årsbesök och teamarbete-Regelbundna kontroller, Provtagning. Hemblodtrycksmätning och individuella mål. Teamarbete (Sjuksköterska+ läkare) för bättre compliance

\*Användning av Kvalitetsregister och datauppföljning- Standardiserat via Primärvårds kvaliteten och Medrave: Regelbundna mätningar av indikationer som andel med kontrollerat blodtryck (<140/90 mmHg) för att driva lokalt förbättringsarbete.

## 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:**



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Antal patienter med hypertoni	1207 st, 21,9 % av våra patienter	20250218	25%	1244 st, av 5360 listade .23,8%	Medrave/liston	Dec 17/12
<b>Indikator 2</b>	Antal patienter som inte blivit	37,6%, 454 st	20250218	20%	29 % ,361 st/1244	Medrave	Dec 17/12 2025

	<i>kallade för uppföljning av sin hypertoni under senaste året</i>	ej varit senast e året					
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal patienter med hypertoni-diagnos där det saknas blodtrycksvärde (2022-01-01-2025-12-17)</i>	70 av 1207 pat. 5,7 %	20250218	4%	60/1244, 4,8%	medra ve	17/12
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal hypertoni-patienter med registrerat hembloodtryck</i>	55/1207, 5%	20250218	25%	159/1244, 12,7/%	Medra ve	Dec 17/12
<b>Indikator 5</b>	<i>Antal hypertoniker med avvikande blodtrycksvärde, över 140/90</i>	588 st, 48,71 %	20250218	40%	46,3 %	Medra ve	Dec 17/12

**Övriga kommentarer:**

*Vi ser en förbättring på vissa Indikatorer såsom hembloodtrycksvärden ökar. Men vi når inte riktiga målen som vi satt upp. Fokus blir att fånga upp i första hand de men starkt avvikande blodtryck. 115 patienter av 1244.*

*Sedan under resan gång upptäcker vi att vår privata kardiolog på kliniken registrerat blodtrycksvärden felaktigt i Take Care på våra listade patienter.*

*Vi skapar en rutin där vi skriver in kardiologens blodtryck på våra listade patienter.*

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

*Vi måste registrera rätt i journalen med diagnos Hypertoni vid bla sköterskebesöken. Kontinuerliga uppföljningar trots bra värde. Att listningen går upp och ner och man ser att vi får fler patienter med hypertoni-diagnos. Viktigt att dessa sätts in på väntelistan så vi inte tappar dessa. Båda för usk/ssk samt läkare.*

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?

*Det har varit blandade reaktioner från patienterna; Vissa uppskattade tiden som avsatts där sjuksköterska försökte ta in ett helhets perspektiv som inkluderade allt från dem fysiska värdena till välmående och välbefinnande. Andra patienten tyckte dessa möten var onödiga och påträngande när dem haft ett bra blodtryck en längre tid och såg ingen anledning till dessa besök.*

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.

Vi ska fortsätta med rutinerna vi har infört men fokus på kontinuerlig uppföljning och att hitta hypertoni-diagnoser i tid. Att fortsätta vara noggrann med att journalföra korrekt och sätta rätt diagnoskoder. Fortsätta med att motivera patienterna till åtgärder som livsstilsförändringar som kan främja blodtrycket. Samt ha koll på vår kardiologs registreringar.

**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 förbättringsarbeten.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.