

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	Namn på er Informationsapotekare
Täby Vårdcentral	Lena Isaac
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Malin Sandberg	Malin.sandberg@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet	Kontaktpersonens e-post
Malin Sandberg	Malin.sandberg@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](mailto: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 Sandberg
Profession: Verksamhetschef, sjukgymnast

**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:

Linda Åberg MLA, Specialist i allmänmedicin  
Åsa Clase, Sjuksköterska  
Helen Criborn, undersköterska  
Rosanna Boiardt, sjuksköterska  
Carin Edlund, Riksförbundet HjärtLung, Stockholms län

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

B: Att anpassa uppföljning efter patientens egna önskemål och behov, via chatt, besök, telefon, brev, hemmonitorering etc.  
Samarbete med Riksförbundet HjärtLung Stockholm för att se över ev patientaktiviteter.

### **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.**

*Enligt PrimärvårdsKvalitet har vi en förekomst av hypertoni på 14% på vår vårdcentral. Snittet i Stockholm ligger på 16,1% vilket betyder att vi sannolikt missar en del. M4 visar också att bara 54% av våra diagnosticerade patienter med hypertoni når målvärdet. Vi ser också att bara att 12% av hypertonipatienterna har ett dokumenterat målvärde för sitt blodtryck.*

*Vi behöver alltså bli bättre dels på att identifiera patienter med högt blodtryck samt att behandla hypertonipatienterna för att sänka trycket.*

*En aktuell nyhet på vårt intranät visade också:*

*"Högt blodtryck är ett av de största folkhälsoproblemen i Stockholms län och beräknas orsaka nästan 18 procent av alla dödsfall. Därför kontrolleras blodtrycket på cirka 30 procent av alla vuxna utan hypertoni diagnos som besöker en vårdcentral under ett år. Men fler i riskgrupp skulle behöva bli screenade, visar en ny rapport från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES). // Bland personer över 50 år beräknas tre av tio ha högt blodtryck*

(hypertoni) och risken fortsätter att öka med åldern. // Ett riktmärke kan vara att alla över 50 år utan känd hypertoni screenas minst vart femte år, om de besöker vårdcentralen.”

Detta sammantaget gör att vi ser en stor vinst i att förbättra omhändertagandet av patienter med hypertoni samt att bli bättre på att identifiera patienter med högt blodtryck som inte har vetskap om detta.

### 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.

Vi vill att fler av våra hypertoni-patienter når målvärdet samt att fler blodtryck tas på patienter >50 år.

### 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:**

**Fler patienter med diagnosticerad hypertoni ska nå sitt målblodtryck.**

**Fler patienter i riskgrupp ska ha ett dokumenterat blodtrycksvärde i journalen.**

<b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b>  Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/</a>	<b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b>  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>
1: Bristfälligt strukturerad uppföljning av hypertoni-patienter	1.1: Uppföljning via SSK (BT-kontroll, dositering, uppf livsstilsåtg och biverkningar) 2-4 veckor efter inledd beh. Därefter individanp uppf. 1.2: Uppmuntra hemmonitorering 1.3: Vid hemmonitorering – uppföljning via chatt 1.4: Dokumentation av målblodtryck i TC. Mål att uppnå målvärde inom 3 mån efter inledd beh.
2: Ingen rutin för att screena patienter >50 år som är på VC av andra orsaker	2.1: Rutin att erbjuda BT för 50+ som är på VC av annan anledning. 2.2: 2.3:
3: Ingen koll på hypertoni-patienten som grupp	3.1: Använda M4 för att identifiera starkt avvikande värden 3.2: Dra ut lista på de 120 pat (7,9% av pat) som har starkt avvikande BT-värde samt en lista på de ca 50% med hypertoni-diagnos som inte har dokumenterat BT senaste 2 åren.

3.3: Göra en plan för att följa upp dessa under året

### 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>												
<b>Indikator 1</b>	<i>Detektionsgraden för hypertoni</i>	14%	2025-01-01	16%	M4	2025-12-31												
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel av våra hypertoni-patienter som når målblodtryck &lt;140/90</i>	54%	2025-01-01	60%	M4	2025-12-31												
<b>Indikator 3</b>	<i>Dokumentation av målvärde i TC</i>	12%	2025-01-01	20%	M4	2025-12-31												
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal blodtryck tagna på VC</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Antal sökord</th> </tr> <tr> <th>Kvinnor</th> <th>Män</th> <th>totalt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6506</td> <td>5543</td> <td>12049</td> </tr> <tr> <td>6506</td> <td>5543</td> <td>12049</td> </tr> </tbody> </table>	Antal sökord			Kvinnor	Män	totalt	6506	5543	12049	6506	5543	12049	2024-12-31	4000 patienter	TC-rapport	2025-12-31
Antal sökord																		
Kvinnor	Män	totalt																
6506	5543	12049																
6506	5543	12049																
<b>Indikator 5</b>	<i>Andel patienter med hypertoni-diagnos som ej har dokumenterat BT senaste 2 åren</i>	3% (50 pat)	2024-12-31	1%	M4	2025-12-31												

### 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 fika-rummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

Antal sökord			Antal patienter		
Kvinnor	Män	totalt	Kvinnor	Män	Totalt
6506	5543	12049	1882	1532	3414
6506	5543	12049	1882	1532	3414

Antal dokumenterade uppgifter på sökord Blodtryck (Målvärde undantaget).

### 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?

*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.*

- Ta fram listor på alla hypertoni-patienter som ej uppnår målblodtryck
- Boka in patienter som ej når målet för kontroll och läkemedelsgenomgång
- Ta fram listor på patienter med hypertoni-diagnos som inte har ett dokumenterat BT senaste 2 åren. Gå igenom och kalla för kontroll.
- Dokumenterar och gå igenom ett strukturerat flöde för uppföljning av hypertoni.
- Boka föreläsning för kompetenshöjning och engagemang
- Sjuksköterska som fokuserar på målgruppen under del av sin tid
- Följa målvärdena regelbundet samt uppdatera dem på whiteboard i fikarummet
- Samarbeta med Riksförbundet HjärtLung Stholm för att identifiera samverkans-effekter.

**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**

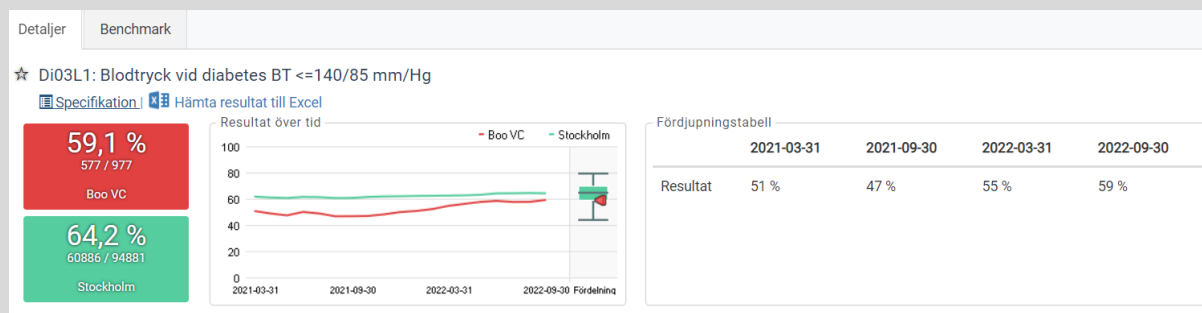
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har under året arbetat aktivt med att:

- Ta fram listor på alla hypertoni-patienter som ej uppnår målblodtryck. Kontaktat dessa och bokat tid för uppföljning.
- Ta fram listor på patienter med hypertoni-diagnos som inte har ett dokumenterat BT senaste 2 åren. Erbjudit dessa tid för uppföljning alt uppgift om hembloodtryck.
- Gått igenom VISS.nu för hypertoni så att det är känt för alla på vårdcentralen.
- Haft föreläsning om hypertoni med Dr Anderas Norrman från APC.
- Avsatt tid för SSK som ägnat tid åt de två första punkterna.
- Följa målvärdena regelbundet på möten samt uppdatera dem på whiteboard i fikarummet.
- Samarbete med Riksförbundet HjärtLung Sthlm där vi tagit del av deras material för patienter.
- Arbetat strukturerat med M4 för att skapa möjligheter för varje läkare att identifiera sina riskpatienter.

### 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>	Förekomst av diagnos hypertoni	14%	2025-01-01	16%	14%	M4	Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	Andel av våra hypertoni-patienter som når	54%	2025-01-01	60%	64,6%	M4	Dec 2025

	<i>målbloodtryck &lt;140/90</i>														
<b>Indikator 3</b>	<i>Dokumentation av målvärde i TC</i>	12%	2025-01-01	20%	30%	M4	Dec 2025								
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal blodtryck tagna på VC</i>	3414	2024-12-31	4000 patienter	3643	TC-rapport	Dec 2025								
		<table border="1"> <tr><td colspan="2">Antal</td></tr> <tr><td>Kvinnor</td><td>Män</td></tr> <tr><td>6506</td><td>5514</td></tr> <tr><td>6506</td><td>5514</td></tr> </table>	Antal		Kvinnor	Män	6506	5514	6506	5514					
Antal															
Kvinnor	Män														
6506	5514														
6506	5514														
<b>Indikator 5</b>	<i>Andel patienter med hypertoni diagnos som ej har dokumenterat BT senaste 2 åren</i>	3% (50 pat)	2024-12-31	1%	2,4% (45 patienter)	M4	Dec 2025								

### Övriga kommentarer:

Antalet patienter med hypertoni diagnos på Täby VC har ökat från 1528 st till 1901 st. Andelen av dessa som har "gröna värden" (inom gränsvärden) har ökat från 57% till 63%. Andelen patienter som har "gula värden" (avvikande) har minskat från 31% till 26%. Andelen patienter som har "röda värden" (starkt avvikande) har minskat från 7,3% till 6,3%. Andelen patienter som saknar BT taget senaste 2 åren har minskat från 5,1% till 2,4%.

Antal dokumenterade blodtrycksmätningar under 2025. Ökning från 3414 till 3643.

Antal sökord			Antal patienter		
Kvinnor	Män	totalt	Kvinnor	Män	Totalt
7490	6445	13935	2015	1628	3643
7490	6445	13935	2015	1628	3643

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Patienter med hypertoni är en stor grupp på vårdcentralen. Ofta med samsjuklighet. Vi har blivit bättre på att identifiera riskpatienter och lyckats få fler av patienterna att uppnå målvärde.

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 haft patientinformation från patientföreningen i väntrummet med uppmaning att kontrollera sitt blodtryck om man fyllt 50 år. Vi har erbjudit blodtrycksmätning till patienter som sökt av andra orsaker, och informerat om vikten av att kontrollera sitt blodtryck regelbundet. Vi har uppmanat patienter som har möjlighet att ha en egen blodtrycksmätare för att kunna följa sitt blodtryck. Vi har också lånat ut blodtrycksmätare i de fall man inte haft möjlighet att köpa egen.

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 kommer att fortsätta använda M4 för att ha koll på vilka av våra patienter som ligger över gränsvärdena och de som inte har ngt aktuellt blodtrycksvärde dokumenterat.

**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](mailto: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.