

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Hypertoni

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Trångsunds Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Katrina Dee
Verksamhetschef Mari Wendt	Verksamhetschefens e-post mari.wendt@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Klas Ytterbrink Nordenskiöld Mari Wendt	Kontaktpersonens e-post Klas.ytterbrink-nordenskiold@regionstockholm.se mari.wendt@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 **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.sls@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 arbetssätt). 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: Klas Ytterbrink Nordenskiöld
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: Klas Ytterbrink Nordenskiöld, ST-läkare, Anja Ryd, sjuksköterska, Johanna Järvlind, undersköterska. Maria Olofsson Höög, enhetschef. Håkan Magnusson Lang, MLA.

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

B: Sedan 24.12.16 har ett informationsblad med inbjudan att lämna in synpunkter på hur vi hanterar hypertoni suttit uppe i väntrummet. Dessutom har Johanna J, undersköterska, börjat delat ut sådana inbjudningar vid sina blodtrycksmätningar på mottagningen.

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 hjärtvikt 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.

Hypertoni är en underbehandlad, vanlig och farlig riskfaktor förknippad med hjärt-, kärl-, och njursjukdom. Det är lätt att mäta, involverar flera yrkesgrupper, och är relativt lätt att behandla – detta gör hypertoni till ett tacksamt tillstånd att jobba med i kvalitetsförbättrande syfte. Vi noterar också att vår vårdcentral har en betydande andel hypertoniker (1247 st av 6470 listade = 19,3%) som saknar blodtrycksmätning sista året (15%) och jämförelsevis få som ligger under 140/90 (514/1247 = 41%). Dessa 41% bör jämföras med regionsnittet där 55% hade blodtryck <140/90 vid samma period. Det finns inget som talar för att vår befolkning skulle vara med svårbehandlad. Den troligaste förklaringen till att vi ligger sämre är att vi inte har rätt rutiner. Målblodtryck för patienter med hypertoni är:

≤ 70 år: 120–129/70–79 mmHg

> 70 år: 130–139/70–79 mmHg

vilket vi alltså i stor utsträckning missar.

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.

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/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Minska andelen hypertoniker som saknar dokumenterat blodtryck – detta för att minska mörkertalet i vår statistik och göra denna mer precis.

Minska andelen hypertoniker med blodtryck $\geq 140/90$. Valet av $\geq 140/90$ är baserat på att det är där behandlingsmålet för personer >70 år ligger, det är den diagnostiska nivån, och en vedertagen nivå att jämföra mellan mottagningar.

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/> <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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: Väntelista för hypertonikontroller som inte fungerar. Patienter kallas inte i tid. Läkartider saknas och övriga personalkategorier är underutnyttjade.

1.1: Jobba med väntelistan för hypertonikontroller: Styra upp ett flöde där både läkare, sjuksköterska, undersköterska och eventuellt administrativ personal är involverade efter behov.

1.2: Flödet ska innehålla information om vilken personalkategori patienten ska kallas till och hur patienten sedan ska hanteras utifrån faktorer som:
- Datum för senaste läkarbesök för blodtryck
- Datum för senaste blodtrycksmätning
- Värde på senaste blodtryck
- Samsjuklighet

Flödet ska även innehålla information om blod- och urinprov inom ramen för hypertonikontrollen.

2: För lite kunskap om hypertoni i personalgruppen. Osäkerhet kring hur vi ska förhålla oss till patienters blodtryck i relation till andra riskfaktorer. När behövs uppföljning? När

2.1: Genomföra ett eller flera kunskapslyftande pass med berörda delar av personalgruppen. Det kan innehålla att uppdatera oss kring de senaste riktlinjerna för livsstil och läkemedel, och beröra

behövs läkemedel? Hur många läkemedel? Vilka gränsvärden ska vi reagera på gällande blodtryck och blod-/urinprov. Eventuellt brister i diagnosättning vid blodtrycksregistrering får också ses över.	källor som SCORE2, VISS.NU, kloka listan, informationsapotekare mm. 2.2: Utifrån diskussioner under ett sådant pass, och eventuella synpunkter från patienter, kan vi utveckla vår flödesbeskrivning (översiktligt beskriven ovan). 2.3: Påminna om diagnosättning hypertoni vid blodtrycksmätning.
--	---

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.akademiskprimarvardscentrum.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, undantagnings effekter). 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.**

	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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel listade med hypertoni-diagnos med mottagningsstryck < 140/90	41 %	Hela 2024	>50%	Medrave	25.12.31
Indikator 2	Andel av listade med hypertoni-diagnos som saknar mätning under gångna året	24 %	Hela 2024	15%	Medrave	25.12.31
Indikator 3	Andel av hypertoni-patienter som inte har kallats till dagen datum	476/1247 = 38%	2025-02-20	15%	Väntelista TC	26.01.31

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 fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Kommenterad [KY1]: Medrave - primärvårdskvalitet-vyn

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/verktuylslada-forbattringstrappa/>

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 dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Planera:

- Brainstorming Anja, Klas, Johanna 22/1-2025
 - Fortsatt diskussion i storgrupp USK, SSK, Läk 29/1 -2025
 - Involvera Maria Enhetschef kring antal tider och förändringar av tidböcker med reserverade tider för hypertoni, till att börja med hos läkare.
 - Övergripande plan som får justeras vid behov:
1. Börja med nytt flöde 1/3: Johanna (usk) kallar från hypertoni-väntelistan: Om >18 månader sedan senaste läkarbesök -> Kalla direkt till läkare. Annars till Johanna som beställer prover och mäter blodtryck, om blodtryck <=130/80 på mottagningen läggs receptförnyelse-admin till läkare som förnyar och sätter på VL till läkare om 1 år. Om >130/80 bokas till läkare för bedömning.
 2. Planera kunskapshöjande pass: Klas (st-läkare) kan genomföra det, förslagsvis under maj-juni i samband med professionsmöte i storgrupp. Utifrån VISS.nu, score2 och lokalistan.
 3. Maria (enhetschef) stämmer av med Johanna kring behov av bokningsbara tider och behovet att involvera andra yrkesgrupper.

Göra:

1. Stämma av i gruppen månadsvis hur det verkar gå.
2. Anja/Johanna får rapportera hur det ser ut med väntelistan, minskar andelen som vi inte lyckats kalla senaste året?
3. Utvärdera hur nya flödet fungerar. Har Johanna tillräckligt med tider? Andra som kan avlasta? Undanträngningseffekter?

Studera:

1. Följ upp primärvårdskvalitet-indikatoren i augusti och tillsammans med Medrave i dec/jan.
2. Stäm av hur flödet fungerar. Positiva effekter? Negativa effekter? Arbetsmiljö? Patienter?

Agera:

1. Ska vi fortsätta med det arbetssätt vi utvecklat? Något att justera? Prova nytt sätt? Andra lärdomar?

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

1. Reserverade tider för hypertoni i tidboken varje vecka:

Initialt testade vi att reservera längre block med 20-minuterstider för hypertoni-årskontroll i läkarnas tidböcker. Det fick positivt respons av patienterna och kollegorna. Det märktes att vi kom upp i volym. Det negativa var att de flesta var äldre och hade fler problem än hypertoni och vi ofta hittade minst ett par labbavvikelse att utreda vidare utöver den rena hypertoni. Därför genererade kontrollerna en avsevärd mängd mer vård. Det blev också tungt för läkarna att hinna med omfattande årskontroller på 20 minuter. Vi landade därför i att ha en blandning av både kortare tider på 20 minuter för unga okomplicerade hypertoniker och behålla ordinarie årskontrolltider på 30 minuter för äldre eller mer komplicerade patienter. Detta har gjort bokningsförfarandet lite mer komplext då den som bokar behöver avgöra om det är en enkel eller komplicerad patient. Flödesschemat har också behövt utvecklas för att matcha detta behov. Det vi ser som den största styrkan med att reservera tider är att vi får kontroll över årskontrollerna i förhållande till antalet tillgängliga tider. Dock behöver vi räkna mer på hur många tider som behövs per vecka till respektive yrkeskategori för att det ska fungera.

Denna punkt 1 kommer vi jobba vidare med.

2. Flödesschema: Boka till undersköterska om <18 månader till senaste läkarbesök med prover.

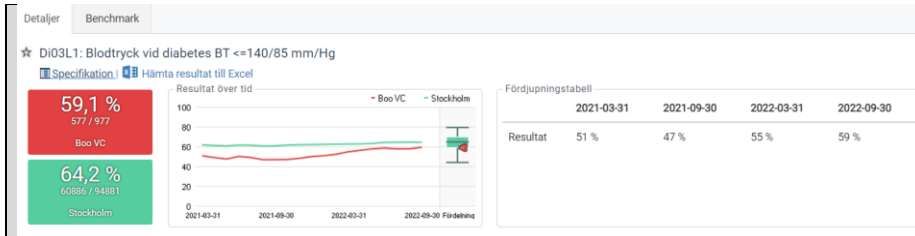
Flödesschemat utarbetades av ST-läkaren tillsammans med en USK och SSK. Det fick positivt respons när det skickades ut. Det var tänkt att underlätta för undersköterskan och sjuksköterskan som bevakar väntelistan att se vem de ska boka till. Bokningarna till de reserverade tiderna hos läkarna fungerade bra. Det vi sett är dock att inte så många patienter blev bokade till undersköterskan eller sjuksköterskorna direkt från väntelistan. Därmed blev det inte det ökade team-arbete vi hade hoppats på.

3. Kunskapshöjande pass.

Vårdcentralen har haft två kunskapshöjande pass. Ett med Anders Norman från APC kring blodtryck allmänt. Och ett med informationsapotekaren från APC med statistik över hur det går för oss i Trångsund jämfört med andra. Dessa i kombination upplevdes verkningsfulla för oss. För att hålla frågan om hypertoni vid liv planerar vi att två gånger om året dela statistik från Primärvårds kvaliteten över hur våra hypertoni-indikatorer utvecklar sig och diskutera ett patientfall för att hålla oss uppdaterade kring hypertoni.

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 Primärvårds Kvalitet 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	Andel listade med hypertoni-diagnos med mottagningstryck < 140/90	41 %	Hela 2024	>50%	47%	Medrave primärvårdskvartalitet	2025-12-31
Indikator 2	Andel av listade med hypertoni-diagnos som saknar mätning under gånna året	24%	Hela 2024	<15%	24,5%	Medrave primärvårdskvartalitet	2025-12-31
Indikator 3	Andel av hypertoni-patienter som inte har kallats till dagen datum	476/1247 = 38%	2025-02-20	15%	472/1323 = 35%	Väntelistan TC	2026-01-07

Övriga kommentarer:

Sammanfattningsvis svagt positiv utveckling för indikator 1 och 3 och svagt negativ för indikator 2. Vi nådde inte våra mål även om utvecklingen för framför allt indikator 1 gick åt rätt håll.

Att indikator 1 går åt rätt håll tror vi hänger ihop med våra kunskaphöjande pass och den medvetenhet om att nå målbloodtryck utifrån ålder och övriga riskfaktorer som vi jobbat med i läkargruppen. Att vi inte nådde vårt mål beror troligen på att vi inte lyckats komma upp i tillräcklig volym av hypertoni-patienter. Hade vi kallat fler hade vi antagligen behandlat fler och uppmätt fler tryck under 140/90.

Att indikator 2 utvecklats svagt negativt bedömer vi hänger ihop med tre huvudsakliga faktorer.

- 1) Det totala antalet hypertoni-patienter har ökat
- 2) Vi har inte lyckats blanda in fler yrkesgrupper i hanteringen av hypertoni. Vi identifierade ett behov av ökad inblandning av sjuksköterska och undersköterska som en del av lösningen i Del 1 av kvalitetsarbetet och att skapa flödesschemat var ett sätt att göra det lättare för de personalgrupperna att veta vilka de kunde kalla till sig själva. Målet var att få till många fler rutinmässiga mätningar <18 månader från senaste läkarbesök. Men implementeringen av detta lyckades inte fullt ut. Vi har diskuterat möjligheten att reservera tider för hypertoni i tidböckerna hos USK/SSK men det blev aldrig genomfört.
- 3) Vi har haft hyrläkare under året och vi har sett i stickprov att ett väsentligt antal blodtryck är dokumenterade i fritext. Dessa kommer inte med i vår statistik.

Att indikator 3 hade en så pass svag positiv utveckling hänger ihop med de problem att involvera USK/SSK-gruppen som vi har haft, samt att vi inte frigjort fler läkartider. Tydligare beräkning av hur stort behov av tider vi hade behövt samt frigöring av dessa tider i hos respektive yrkeskategori hade behövts.

HT02L2: Blodtryck vid hypertoni BT <140/90 mmHg

47%

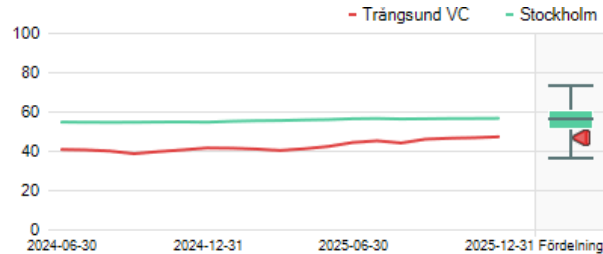
622/1323

Trpingsund VC

56,4%

221804/393099

Stockholm



HTo2L2: Blodtryck vid hypertoni Saknar blodtryck mmHg

24,5%

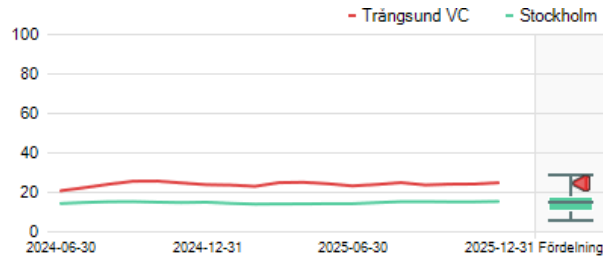
324/1323

Trpingsund VC

15%

58977/393099

Stockholm



Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

1. Fler vårdpersonalkategorier än läkare behövs för att hantera hypertoni-flödet.
2. Reserverade tider ger kontroll och säkerställer att patienter kallas.
3. Undersköterskor och sjuksköterskor behöver involveras mer i arbetet med hypertoni.
4. Det går att förändra våra resultat för hypertoni.
5. Rutinprover vid årskontroll genererar vårdbehov utöver vad tiden är avsedd för. Vi behöver göra en noggrann medicinsk avvägning för att inte skapa onödigt vård och kontroller.
6. Hypertoni-vård är tids- och resurskrävande. Den behöver hanteras effektivt för att inte ta för mycket tid från andra vårdområden och skapa undanträngningseffekter.
7. Det är kul att arbeta mot ett mål och försöka förbättra våra siffror.
8. Det är kul att arbeta i team.
9. Dokumentation är viktigt för att statistik ska bli rättvisande.

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 förslagslåda. Det har kommit fem förslag. 3 av dem handlade om att bli kallad regelbundet för kontroll vilket är i linje med vår ambition. Ett förslag handlade om att kontrollera blodtryck så fort man besökte vårdcentralen, så kallad opportunistisk mätning - vilket vi i grunden är positiva till och skulle kunna hjälpa våra resultat på indikator 2 om det dokumenteras rätt. Ytterligare ett förslag

gällde regelbundna 24-h-mätningar vilket vi tänker kan vara för resurskrävande att genomföra i stor skala.

Möjligheten till interaktion med patienter kring utveckling och idéer för processutveckling har känts meningsfullt och vore kul att arbeta vidare med även inom andra områden.

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 vill fortsätta ha tider reserverade för hypertoni i tidboken hos läkare- detta ger oss en möjlighet att påverka hur resultaten för indikator 2 och 3 kommer utvecklas över tid. Då kan vi även balansera mot undanträngningseffekten. Vi har börjat diskutera hur vi införa detta även hos sjuksköterska / undersköterska utifrån samma logik och undersöka varför vi annars inte bokade fler tider direkt till dem.

Vi vill ha ett fortsatt tydligt flödesschema som underlättar för all personal att veta när och till vem patienterna ska bokas.

Vi vill även fortsatt att följa indikatorerna 1-2 gånger om året för att hålla motivationen uppe gällande hypertoni.

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.slo@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.