

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

Vasastans VC Hypertoni 2025 del 1

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn: Vasastans Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef: Jakob Nowakowski	Verksamhetschefens e-post: Jakob.nowakowski@ptj.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet: Iliya Ferdosian Soar Maronesi	Kontaktpersonens e-post: Iliya.ferdossian@ptj.se soar.maronesi@ptj.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 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: Soar Maronesi
Profession: Distriktsläkare
soar.maronesi@ptj.se

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: För förbättringsarbetet 2025 fortsätter vi med samma team som ansvarade för hypertoniomtagningen 2024, för att säkerställa kontinuitet. Teamet består av:

- Iliya Ferdossian (enhetschef/astma och KOL ssk)
- Soar Maronesi (DL)
- Kristin Steinholtz (ssk)

Vi kommer att följa upp arbetet, utvärdera förbättringarna och informera alla relevanta yrkesgrupper på vårdcentralen om uppdateringar och resultat från kvalitetsarbetet.

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

Vi fortsätter att involvera patienternas synpunkter och erfarenheter genom diskussioner vid uppföljningar och årskontroller. Vi engagerar också patienterna i processen, till exempel genom att alla patienter med BankID gör en veckokontroll av blodtrycket på morgonen och rapporterar resultaten till oss via 1177. De patienter som saknar BankID får istället en blankett för veckokontroll. Samma procedur tillämpas för levnadsvanor. Både sjuksköterskor och läkare involverar patienterna i åtgärder och planering. Detta ger oss möjlighet att få direkt feedback och anpassa arbetet efter deras behov och önskemål.

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.

Förra året fokuserade vi vårt arbete på hypertoni och följde upp resultaten med hjälp av olika indikatorer. Vårt främsta mål var att andelen patienter med högt blodtryck som, efter behandling, uppnådde ett blodtryck under 140/90 mmHg skulle ligga på samma nivå som genomsnittet i Region

Stockholm. Trots våra ansträngningar och förbättrade resultat nådde vi inte hela vägen till målet. Därför har vi beslutat att fortsätta arbeta med samma indikator även i år.

En ytterligare anledning till att vi behåller denna indikator är att vi har rekryterat ny personal, både läkare och sjuksköterskor. För att säkerställa att de positiva resultaten blir långsiktigt hållbara har vi planerat kontinuerlig utbildning och regelbunden genomgång av våra rutiner.

Förra året valde vi också att följa upp två andra indikatorer:

- Andel patienter med kronisk sjukdom där tobaksvanor uppmärksammats.
- Andel patienter med kronisk sjukdom där alkoholvanor uppmärksammats.

Vi lyckades uppnå målen för båda dessa indikatorer.

I år har vi valt två nya indikatorer för patienter med hypertoni, där det finns tydligt förbättringsutrymme:

1. Fysisk aktivitet på recept (FAR).
2. Andel patienter med hypertoni där blodtrycksvärde saknas.

Dessa indikatorer ska hjälpa oss att ytterligare förbättra behandlingsresultaten och kvaliteten i vården.

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 har valt att fortsätta med temat hypertoni, där vi kommer att arbeta med både tidigare och nya indikatorer för att ytterligare förbättra vår hantering av patienter med 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-forbattringstrappa/>

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

Formulera här era mål:

1- Andelen patienter med högt blodtryck som, efter behandling, uppnår ett blodtryck under 140/90 mmHg ska vara på samma nivå som genomsnittet i Region Stockholm.

2- Andelen patienter med högt blodtryck som får Fysisk aktivitet på recept (FaR) ska motsvara andelen i Region Stockholm.

3- Andelen patienter med hypertoni där blodtrycksvärde saknas ska vara lika låg som i Region Stockholm.

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-forbattringstrappa/>

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

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

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/>

1.1: Använda rätt sökord, journalmall

1: 1: Dokumentation	1.2: 1.3:
2:1 Kunskap hos personal	2.1: Fortbildning 2.2: 2.3:
3:1 uppföljning	3.1: SSK led hypertoniomtagning 3.2: Utvärdering av nyinsatt medicin. 3.3: Årskontroll

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.**

	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 patienter med hypertoni som har blodtryck <140/90	45,1	25-01-01	50	Medrave	<i>T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter med hypertoni som saknas blodtrycksvärde mmHg</i>	23,7	25-01-01	15	Medrave	<i>dec 2025, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter med kronisk sjukdom/hypertoni som fått rådgivning/FaR vid otillräcklig fysisk aktivitet, på vårdcentral,</i>	29,6	25-01-01	50	Medrave	<i>dec 2025</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2025</i>
Indikator 5						<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?

Planera

För 2025 fortsätter vi arbetet med att hantera hypertoni och förbättra behandlingen för våra patienter. Vi kommer att genomföra utbildningar för personalen om hypertoni och korrekt dokumentation. Den sjuksköterskeledda hypertoniomtagningen kommer att utvecklas vidare, och vi kommer att följa upp våra resultat kontinuerligt genom regelbundna uppföljningar via Medrave och genomgång av dokumentation på APT-möten. Vi ska även förbättra patientengagemanget genom att erbjuda digitala uppföljningar och påminnelser för att säkerställa att patienter bokar sina årliga kontroller.

Göra

Arbetet för 2025 har påbörjats enligt plan, inklusive utbildning för personalen och vidareutveckling av den sjuksköterskeledda hypertoniomtagningen. Denna mottagning kommer att vara central för att förbättra patientuppföljningen och öka engagemanget. Vi kommer att kontinuerligt följa upp våra resultat och analysera patienternas framsteg i behandlingen, särskilt de som inte når sina blodtrycksmål. Eventuella avvikelser från planen kommer att hanteras snabbt för att säkerställa att alla rutiner följs korrekt.

Studera

Under året kommer vi att noggrant utvärdera om vi uppnår de fastställda målen. Fokus kommer att vara på att säkerställa att patienterna uppnår sina blodtrycksmål och att fler patienter genomför sina årliga kontroller. Vi kommer även att analysera effekten av de nya rutinerna, inklusive digitala uppföljningar och ökad kommunikation, för att bedöma om dessa leder till förbättrade resultat. Vid årets slut kommer vi att sammanställa våra observationer och identifiera områden som kan förbättras ytterligare.

Agera

Vid årets slut kommer vi att utvärdera de resultat som uppnåtts och avgöra om de metoder och rutiner vi implementerat ska skalas upp. Om några områden inte har fungerat som förväntat, särskilt gällande patientuppföljning eller utbildning, kommer vi att vidta de åtgärder som behövs för att

justera och förbättra processen. Vårt mål är att säkerställa att alla patienter får den bästa möjliga vård för att effektivt hantera sin hypertoni och nå de uppsatta behandlingsmålen.

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

Förbättringsidéer som vi testat och infört

Vi har under året arbetat med att förbättra vår hypertoni-vård för att göra den mer enhetlig, patientsäker och effektiv.

1. Tydligt flöde och ansvarsfördelning:

Vi har tagit fram en gemensam rutin för upptäckt och uppföljning av hypertoni. En laminerad lathund finns i alla rum med instruktioner om hur man ska identifiera patienter, följa upp och vilka målvärden som gäller både vid diagnos och efter behandling.

2. 7-dagars hembloodtryck (HBPM):

Nästan alla patienter med misstänkt hypertoni erbjuds nu HBPM enligt fast mall och får tydliga instruktioner. Arbetssättet används i stor skala och har lett till säkrare diagnoser och ökad patientdelaktighet.

3. Sjuksköterskeledd hypertoni-mottagning:

Vi har infört tät uppföljning av sjuksköterska under de första månaderna efter behandlingsstart. Det har kortat tiden till målbloodtryck och frigjort läkartid.

4. Årskontroll via egen bokning:

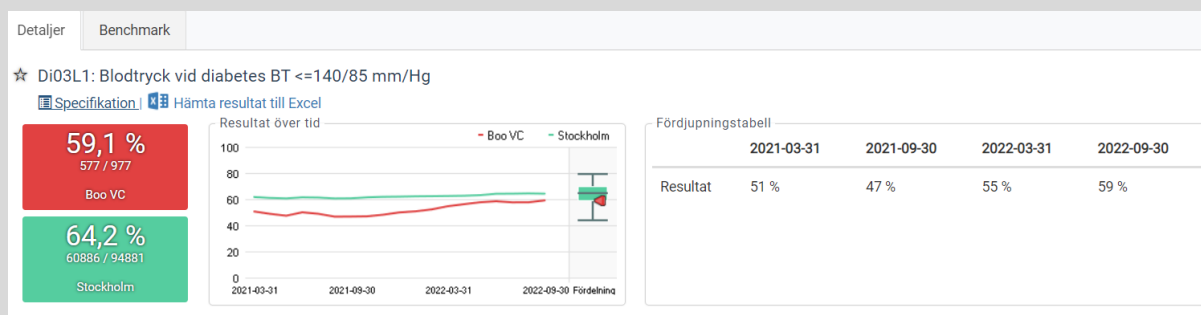
Alla patienter, som inte har kognitiv svikt eller andra hinder, uppmanas själva att boka sin årskontroll för hypertoni. Detta stärker patientansvaret och ger bättre kontinuitet.

5. Fokus på fysisk aktivitet (FaR):

Vi har diskuterat fysisk aktivitet på recept (FaR) flera gånger i personalgruppen och bjudit in ansvarig från APC för genomgång. Vi planerar att fortsätta utveckla detta område under kommande år. Alla rutiner och arbetssätt finns samlade digitalt och följs upp regelbundet på APT.

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	Andel patienter med hypertoni som har blodtryck <140/90	45,1	2025-01-01	50	55	Medrave	2025-12-31
Indikator 2	Andel patienter med hypertoni som saknas blodtrycksvärde mmHg	23,7	2025-01-01	15	19,7	Medrave	2025-10-16
Indikator 3	Andel patienter med kronisk sjukdom/hypertoni som fått rådgivning/FaR vid otillräcklig fysisk aktivitet, på vårdcentral,	29,6	2025-01-01	50	32,7	Medrave	2025-12-31
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att förbättringsarbete kräver både tydliga rutiner och ett gemensamt engagemang i personalgruppen. När alla känner till målen och följer samma arbetssätt blir resultatet tydligt bättre. Vi har också sett att utbildning och repetition är avgörande – särskilt för ny personal. Det bidrog starkt till att vi lyckades förbättra andelen patienter som nått målbloodtryck. Patienternas delaktighet har ökat genom att de själva bokar sin årskontroll och får tydlig information om hembloodtrycksmätning. Det har gjort dem mer engagerade i sin egen behandling.

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?

Patienternas erfarenheter och synpunkter har varit viktiga i vårt arbete. Genom att involvera patienterna mer – både i att själva mäta sitt blodtryck hemma och boka sina årskontroller – har vi ökat deras förståelse för behandlingen.

Vi har även lagt stor vikt vid att informera om syftet med behandling och målvärden. Efter att vi började arbeta mer aktivt med detta såg vi en tidig förbättring i behandlingsresultaten. Det har blivit tydligt för oss att ett gott behandlingsresultat bygger på ett nära samarbete mellan patient och vårdpersonal – ett verkligt teamarbete.

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 följa våra indikatorer regelbundet och lägga extra fokus på de områden där vi ännu inte nått målen. Framför allt gäller det uppföljning av blodtrycksvärden och rådgivning kring fysisk aktivitet (FaR).

Vi planerar att repetera rutinerna på APT och fortsätta arbeta för att hela personalgruppen känner sig delaktig i förbättringsarbetet.

Samtidigt vill vi stärka samarbetet med patienterna ytterligare – genom att fortsätta uppmuntra till egen mätning, egen bokning av kontroller och ökad förståelse för behandlingsmålen.

Vi ser att goda resultat uppnås när patient och vårdpersonal arbetar tillsammans mot samma mål. Därför kommer vi att behålla fokus på teamarbetet mellan patient och vårdcentral även framöver.

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 forbattringsarbeten.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.