

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: ...Hypertoni....

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Västervården Husläkarmottagning	Namn på er Informationsapotekare Marie Schill
Verksamhetschef Åsa Hartzell	Verksamhetschefens e-post asa.hartzell@ptj.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Martin Fattah	Kontaktpersonens e-post martin.fattah@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.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 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: Åsa Hartzell, specialist i allmänmedicin

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: Åsa Hartzell verksamhetschef/MAL, Martin Fattah ST-läkare, Fanny Schultz blodtryckssköterska

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

B: Genom att ha frågeformulär vid blodtryckshörnan som patienterna får fylla in. Frågeformuläret kommer handla om patientens compliance till sina läkemedel, blodtrycksmätningar hemma, kost och motionsvanor.

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.

Hypertoni är idag en ledande orsak till tidig död i Sverige. I Stockholms län beräknas hypertoni orsaka nästan 18% av alla dödsfall. Syftet av att tidigt upptäcka och behandla hypertoni med god kontroll är att riskreducera framtida medicinska komplikationer.

Det är av betydande relevans att vårdcentralen ökar patientens engagemang och förståelse i sin diagnos då behandlingen oftast är multifaktoriell, dvs behandlas både med livsstilsförändringar och med läkemedel.

Under 2024 har Västervården haft totalt 1334 patienter registrerade med diagnosen Hypertoni (Medrave), varav endast dryga hälften (54%) uppnått målbloodtryck (<140/90). 31% hade avvikande blodtryck, (7%) starkt avvikande blodtryck och (8%) saknade värde. Att 46% inte uppnår blodtrycksmålen ser ett behov av att klargöra.

Det finns potential för stora förbättringsmöjligheter avseende optimering av blodtrycket för våra patienter. Vi tror att uppföljning och registrering av nya värden efter medicinjustering kan vara en av lösningarna till bättre siffror. Vi vill arbeta för att förbättra följsamheten till riktlinjer inom kliniken samt att få våra patienter mer delaktiga i sin egen vård. Detta för att förbygga framtida medicinska komplikationer och på så sätt även minska belastningen på svensk sjukvård.

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.

Tema 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:

Övergripande mål är att öka andelen patienter som når målblodtryck (<140/90). Varför vi har valt det och inte 135/85 som är ett kliniskt vedertaget mål är för att det är så Medrave mäter.

Mål:

- Öka andelen patienter med en kombination av två olika läkemedelsklasser eller fler
- Öka patientens engagemang i sin diagnos genom förståelse för diagnosen
- I högre grad uppmuntra till och informera om livsstilsförändring som kost och motion

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: Behandling och uppföljning av hypertoni följer inte riktlinjer

1.1: Se över befintliga riktlinjer kring behandling av hypertoni

1.2: Förbättra rutiner kring uppföljning av hypertoni

1.3: Implementera rutinerna på vårdcentralen

2: Dålig compliance kring läkemedel och livsstilsförändringar

2.1: Involvera patienten i sin behandling

2.2: Skapa utbildningsmaterial om hypertoni till patienten att få med sig hem

2.3: Tydliga rutiner vid årskontroll

3: Dokumentation sker inte metodiskt

3.1: Rutiner kring korrekt dokumentation

3.2: Se över mallar för hypertoni-årskontroller

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-forbattringstrappa/>

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	<i>Antal/Andel patienter med två eller fler blodtrycksmediciner</i>	774/1334 58%	240101 - 241231	70%	Medrave/Primär vårds kvalitet	Dec 2025
Indikator 2	<i>Antal/Andel patienter som uppnått målblodtryck <140/90</i>	719/1334 54%	240101 - 241231	60%	Som ovan	Dec 2025
Indikator 3	<i>Antal/Andel patienter som har Fysisk aktivitet registrerat i journalen</i>	760/1334 57%	240101 - 241231	65%	Som ovan	Dec 2025

Kommentar (valfritt):

Vi har för indikatorerna 1 och 1 använt Medrave → Sjukdomar → Hypertoni
 Vi har för indikatorerna 3 använt Medrave → PrimärvårdsKvalitet → Hypertoni

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

1. Presentera del 1 av vård kvalitetsarbete för personalen på APT för att aktualisera ämnet Hypertoni och berätta vad vi kommer att göra under året.
2. Se över befintligt flödesschema för hantering av hypertoni lokalt.
3. Utforma utbildningsmaterial till patienterna för att få dem mer engagerade i sin sjukdom.
4. Utbilda personalen i handläggning av sjukdomen genom att ordna med en föreläsning om hypertoni på APT.

Dessa mål och planer kommer förbättringsgruppen inom arbetet att följa genom året kontinuerligt för att se till att ovanstående plan genomförs.

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?

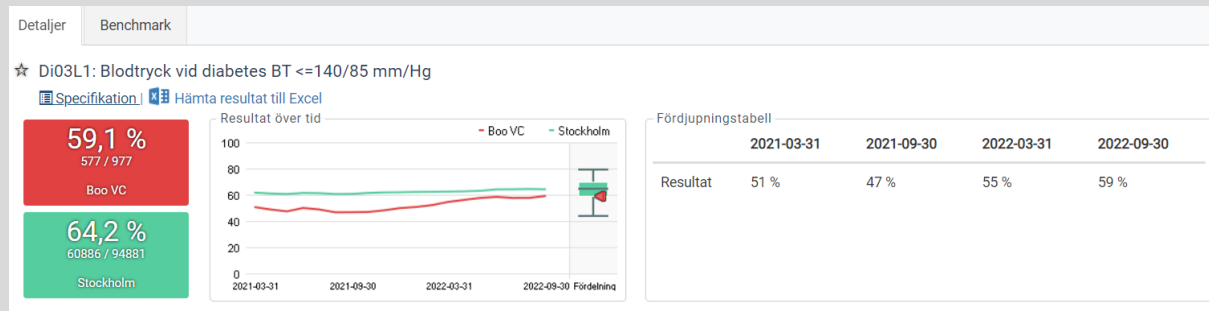
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

1. Vi har tidigt under året presenterat del 1 av vårt kvalitetsarbete för personalen på APT för att aktualisera ämnet Hypertoni och berätta om den plan vi hade för hypertoni 2025.
2. Vi ägnade en stor del av vårens planeringsdag åt att uppdatera se över vårt flödesschema för hantering av hypertoni lokalt och då insett att det var i behov av totalrevidering vilket gjorde att planeringsdagen under hösten hade en eftermiddag vigd åt hypertoni.
3. Vi har utformat ett övergripande utbildningsmaterial kring hembloodtrycksmätning till patienterna för att få dem mer engagerade i sin sjukdom.
4. Vi har haft föreläsning av Anders Norrman, sakkunnig läkare från APC, på ett APT under hösten för att uppdatera oss i ämnet.

Förbättringsgruppen inom arbetet har följt upp dessa mål för att se till att ovanstående plan faktiskt har genomförts.

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	Antal/Andel patienter med två eller fler blodtrycksmediciner	774/1334 58%	240101 - 241231	70 %	906/1478 61%	Medrave	250101-251231
Indikator 2	Antal/Andel patienter som uppnått målblodtryck <140/90	719/1334 54%	240101 - 241231	60 %	805/1478 55%	Medrave	251010-251231
Indikator 3	Antal/Andel patienter som har Fysisk aktivitet registrerat i journalen	760/1334 57%	240101 - 241231	65 %	839/1478 57%	Medrave/Primärvårdskvalitet	250101-251231

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Hypertoni är en sjukdom med ett stort antal patienter som kompliceras av att man ofta ser ett förhöjt blodtryck på mottagningen men att det ligger bättre om det mäts hemma. Vi har under året jobbat mycket på att våra patienter ska göra hembloodtrycksmätningar och om man räknar in dom så hamnar vi på 63% i stället för 55% och klarar därmed vårt mål: > 60% med målblodtryck <140/90.

Men vi får samtidigt konstatera att vi inte trots att vi under året jobbat med vårt hypertoni-flöde och synliggjort våra hypertoniker inte lyckats så bra som vi önskade. När vi har pratat om det på våra klinikmöten så konstaterar vi att det största bekymret är att det inte finns plats för alla i tidboken.

Dock har vi kommit fram till att vi i början av året ska göra en Medrave-sökning, ta fram de som har starkt avvikande värden och aktivt till att dessa kommer till oss på besök under året.

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?

Våra patienter har varit högst delaktiga genom att mäta sitt blodtryck på hemmaplan i större utsträckning än tidigare.

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 har därför haft diskussioner kring hur vi ska göra för att få möta de patienter som inte uppnår sitt målblodtryck och har kommit fram till att vi ska ta de med mest avvikande blodtryck och se till att dom kallas under 2026. Det rör sig om 118 patienter som har ett blodtryck registrerat som är >160/100. För dessa skapar vi en väntelista.

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 forbattningsarbeten.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.