

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Förbättring av HbA1c hos typ 2-diabetespatienter*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Botvids vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Sofie Blume	Verksamhetschefens e-post sofie@botvidsvardcentral.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Hayder Ali Alsaadi	Kontaktpersonens e-post hayder@botvidsvardcentral.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: Hayder Alsaadi
Profession: Leg. 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:

- Leg. läkare: Hayder Alsaadi
- Diabetessköterska: Atifa Mazogy
- Verksamhetschef: Sofie Blume

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

B:

- I samband med diabetesbesök hos läkare och sjuksköterskor kommer patienter tillfrågas om vad de har för önskemål på vården, för att kunna förbättra deras blodsockervärde.
- Förslagslåda ställs ut i vårdcentralens väntrum.

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.

- Botvids vårdcentral har en relativt hög andel patienter med diabetes typ 2 (8,3%) jämfört med Stockholmsnittet (4,8%).
- Andelen av Botvids vårdcentralers typ 2-diabetespatienter som har ett HbA1c <52 är lägre än Stockholmsnittet, 53,7% jämfört med 59,2%. Andelen av patienterna som har ett HbA1c >70 ligger på 10% jämfört med Stockholmsnittet på 7%.
- Andelen av vårdcentralens typ 2-diabetespatienter som varit på återbesök de senaste 18 månaderna ligger strax under Stockholmsnittet på 91,1% jämfört med 91,7%.
- Andelen av vårdcentralens patienter som har fått fotundersökning ligger betydligt under Stockholmsnittet på 53% jämfört med 72,9%.

- Vi vill uppnå en förbättrad vård för våra typ 2-diabetespatienter, som ska leda till en sänkning av HbA1c och på så sätt minska riskerna för att utveckla komplikationer av sjukdomen.

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.

Förbättring av HbA1c hos typ 2-diabetespatienter

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:

- Öka andelen av vårdcentralens patienter med diabetes typ 2 som har ett HbA1c <52.
- Minska andelen av vårdcentralens patienter med diabetes typ 2 som har ett HbA1c >70.
- Öka andelen av vårdcentralens patienter med diabetes typ 2 som har fått fotundersökning.
- Öka andelen av vårdcentralens patienter med diabetes typ 2 som har varit på återbesök de senaste 18 månaderna.

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/>

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: Patienter är inte välinformerade om sin sjukdom och behandling.

1.1: Kalla patienter med HbA1c >70 till teambesök med läkare och diabetessköterska.
1.2: Ge alla patienter skriftlig läkemedelslista.
1.3: Gå igenom behandlingsriktlinjer för typ 2-diabetes på möte med läkare och sjuksköterskor.

2: Alla patienter har inte hunnit kallas för årskontroll. I samband med årskontroll hos diabetessköterska görs bland annat fotundersökning.

2.1: Kalla alla patienter som inte varit på återbesök de senaste 18 månader och inte följs på diabetesmottagning.
2.2: Öka upp antalet bokningsbara tider till diabetessköterska.
2.3: Involvera undersköterska i att administrera diabetesväntelista.

3: En del patienter finns inte med på vårdcentralens diabetesväntelistor, särskilt nylistade patienter.

3.1: Gå igenom patientlista i MedRave och lägga in alla diabetespatienter på väntelista till diabetessköterska och läkare.
3.2: Se över rutin för hur nyupptäckta diabetespatienter överförs till diabetesväntelista.
3.3:

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/verktuylsada-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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri 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>Andel patienter med DM typ 2 med HbA1c >70</i>	10%	2025-02-26	8%	Medrave	<i>Dec 2025</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter med DM typ 2 med HbA1c <52</i>	53,7%	2025-02-26	55%	Medrave	<i>Dec 2025</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter med DM typ 2 som fått fotundersökning</i>	53%	2025-02-26	75%	Medrave	<i>Dec 2025</i>
Indikator 4	<i>Andel patienter med DM typ 2 som varit på återbesök</i>	91,1%	2025-02-26	93%	Medrave	<i>Dec 2025</i>
Indikator 5	<i>Totalt antal bokade diabetesbesök hos diabetessköterska per månad</i>	20 st.	2024-10-26-2025-02-25	34 st.	TakeCare	<i>Dec 2025</i>

Kommentar (valfritt):

Med tanke på att vårdcentralen är belägen i ett socioekonomiskt utsatt område går det inte att förvänta att vi med en god vård ska uppnå genomsnittliga siffror jämfört med Stockholmssnittet.

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/verktugslada-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.

1. **Planera** – Kartlägga nuläget via journalgranskning och befintliga data. Hålla möte med läkare, diabetessköterska och bokningsansvarig undersköterska. Boka in uppföljningsmöten och informationsmöte med läkare och sjuksköterskor.
2. **Göra** – Kalla patienter. Hålla informationsmöte om riktlinjer med läkare och sjuksköterskor. Ha fast mötestid varje månad för att följa upp arbetet.
3. **Studera** – Analysera data inför varje uppföljningsmöte och justera insatser vid behov.
4. **Agera** – Skala upp åtgärderna och standardisera arbetssättet om de ger effekt.

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.slso@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

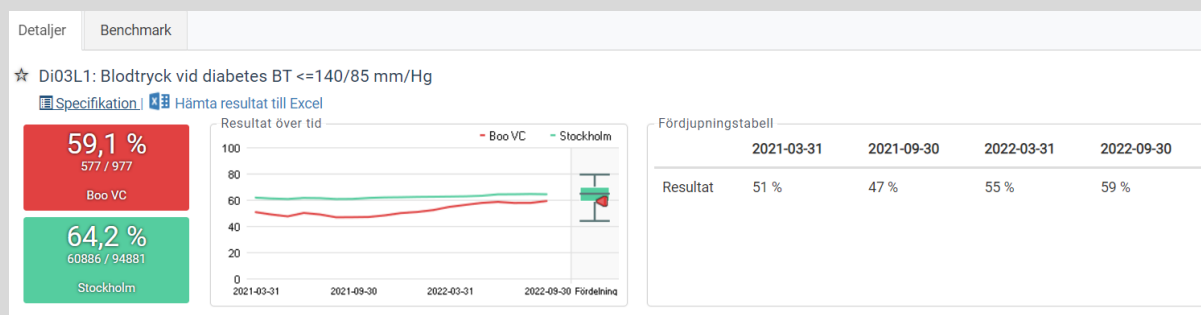
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

- Alla patienter med HbA1c >70 mmol/mol identifierades via Medrave och kallades systematiskt till teambesök (läkare + diabetessköterska).
- Patienter som saknade återbesök eller inte varit på kontroll inom 18 månader kallades aktivt för uppföljning.
- Schemat anpassades för att öka tillgängliga tider hos diabetessköterska för uppföljning och årskontroller.
- Undersköterska fick ett tydligt uppdrag att administrera diabetesväntelista, kalla patienter och ge tidiga instruktioner.
- En gemensam DM Admin-kalender skapades där alla yrkeskategorier kan lägga administrativa diabetesärenden. Undersköterskan bevakar kalendern och vidtar åtgärder.
- Alla diabetespatienter fick skriftlig läkemedelslista som standard.
- Behandlingsriktlinjer för diabetes gick igenom på gemensamma möten med läkare och sjuksköterskor.
- Ett flödesschema har skrivits och delades till alla läkare, diabetessköterska och undersköterska.
- En presentation om hela förbättringsarbetet hölls för att förankra arbetet och involvera alla yrkeskategorier.
- Rutiner för nyupptäckta och nylistade diabetespatienter sågs över så att de direkt hamnar i uppföljningsflödet.

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 DM typ 2 med HbA1c >70	10%	2025-02-26	8%	7%	Medrave	dec 2025
Indikator 2	Andel patienter med DM typ 2 med HbA1c <52	53,7%	2025-02-26	55%	61,1 %	Medrave	dec 2025
Indikator 3	Andel patienter med DM typ 2 som fått fotundersökning	53%	2025-02-26	75%	77,6 %	Medrave	dec 2025
Indikator 4	Andel patienter med DM typ 2 som varit på återbesök	91,1%	2025-02-26	93%	95,2 %	Medrave	dec 2025
Indikator 5	Totalt antal bokade diabetesbesök hos	20 st.	2024-10-26-2025-02-25	34 st.	73	Medrave	dec 2025

	<i>diabetessköterska per månad</i>						
Övriga kommentarer:							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturerad och aktiv uppföljning av patienter med högt HbA1c ger tydliga förbättringar i både vårdprocess och medicinska resultat. • Tydlig ansvarsfördelning, särskilt för administrativa moment, är avgörande för att arbetet ska fungera långsiktigt. • Regelbundna, korta avstämningar mellan läkare, diabetessköterska och undersköterska gör att problem fångas tidigt. • Gemensamma rutiner och synkroniserade arbetssätt minskar risken för att patienter faller mellan stolarna. • Förankring hos alla yrkeskategorier ökar följsamheten och hållbarheten i förbättringsarbetet. 							
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?							
<ul style="list-style-type: none"> • Patienternas synpunkter har aktivt efterfrågats vid diabetesbesök hos både läkare och diabetessköterska. • En förslagslåda infördes, både fysisk och digital via QR-kod, där patienter kan lämna feedback om sin diabetesvård. • Patientfeedback samlas automatiskt i en Excel-fil, bevakas regelbundet och återkopplas till ansvarig läkare. • Patienter får laminerade informationslappar som uppmuntrar till synpunkter kring behandling och uppföljning. • Skriftlig läkemedelslista och strukturerade uppföljningsbesök har ökat patienternas förståelse och delaktighet i sin egen vård. 							
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.							
<ul style="list-style-type: none"> • De införda rutinerna (DM Admin-kalender, aktiv kallelse, ansvarsfördelning) ska vidmakthållas som ordinarie arbetssätt. • Fortsatt regelbunden uppföljning av indikatorer via Medrave och återkommande teammöten. • Fortsatt användning av patientfeedback för att justera och förbättra vården. • Rutinerna ska även användas för nylistade och nyupptäckta diabetespatienter. • Vid behov justeras arbetssättet, men grundstrukturen behålls för långsiktig kvalitet och patientsäkerhet. 							
<p>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.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.</p>							