

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025 del 1 och del 2 TEMA: Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio VC Zinkensdamm	Namn på er informationsapotekare Teresa Alton Borgelin
Verksamhetschef Monica Edström	Verksamhetschefens e-post monica.edstrom@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Katarzyna Szostak	Kontaktpersonens e-post Katarzyna.Szostak@capio.se

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
<p>Namn: Katarzyna Szostak Profession: Specialist i Allmänmedicin</p> <p>Namn: Victoria Rozenkrants Profession: Specialist i Allmänmedicin</p>
Att involvera flera
<p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>A: Therese Palmgren, legitimerad läkare Katarzyna Szostak, specialist i allmänmedicin Polan Swaid, sjuksköterska, diabetesansvarig Victoria Rozenkrants, specialist i allmänmedicin Malin Chowdhury, ST-läkare</p>
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
<p>B: Vi kan skicka hem information om förbättringsarbetet till våra patienter som har diagnosen diabetes mellitus typ 2 (DM2) och efterfråga deras synpunkter. Vi kan aktivt fråga när vi träffar patienter med DM2 om det finns något som de vill framföra till förbättringsgruppen. Vi skulle också</p>

kunna sätta upp information om förbättringsarbetet i våra väntrum tillsammans med en QR-kod till ett webbformulär som patienterna kan använda för att skicka in förslag anonymt.

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.

Vårdcentralen har nyligen slutat med väntelista för årskontroller och planerar istället att ha QPI-ronder där vi går igenom våra patienter med kroniska diagnoser och börjar utföra åtgärder för de som är "röda" d.v.s. är långt ifrån att uppfylla målvärdena.

Enligt Medrave har vi för närvarande 96 listade patienter med DM2. Av dessa har 69 % HbA1c < 52, vilket är bättre än snittet för alla vårdcentraler i Stockholm (59 %). Vi presterar dock sämre än snittet på flera håll och det finns stora möjligheter till förbättring:

Endast 51 % av våra patienter med DM2 behandlas med statiner, vilket kan jämfört med snittet i Stockholm som är 69 %. Vi saknar LDL-värden för 32 % av våra patienter och 29 % har för höga värden (LDL ≥ 2,6). Många patienter har mer än måttlig risk för kardiovaskulära händelser och bör därför ha ännu lägre målvärde för LDL.

Hos 40 % av våra patienter med DM2 saknas uppgift om BMI. Endast 14 % har BMI < 25, resterande 46 % är överviktiga och majoriteten av dessa har BMI > 29,9.

För de flesta av våra patienter med DM2 har vi aktuella värden för eGFR, men hos 37,5 % saknas uppgifter om albuminuri. Det är oklart om detta beror på att dessa patienter inte har lämnat urinprov eller om det inte har registrerats korrekt i journalen.

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.

Typ 2-diabetes.

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/>

Formulera här era mål:

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med DM2. Vi vill att en större andel ska behandlas med statiner och uppnå målvärden för LDL. Vi vill att de patienter som är överviktiga erbjuds hjälp med viktneidgång genom både livsstilsförändringar och läkemedelsbehandling. Vi vill att det ska vara självklart för all personal vad som ska kontrolleras vid en årskontroll och hur det ska dokumenteras.

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/>

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: Processen för årskontroller är inte tydlig.

1.1: Vi skriver ett PM där det tydligt framgår t.ex. vilka prover som ska tas inför en årskontroll, vad som ska kontrolleras vid årskontrollen och hur det ska dokumenteras.

1.2: Vi går igenom processen med hela personalgruppen och ser till att alla får tillgång till PM:et.

1.3: Vi går igenom våra journalmallar och "provpaket" i TakeCare och uppdaterar dessa vid behov.

1.4: När vi skickar kallelser för årskontroll bifogas frågeformulär om livsstil (t.ex. fysisk aktivitet, rökning och alkoholvanor) som kan användas som underlag för att diskutera livsstilsförändringar.

2: Vi har inte koll på vilka av våra patienter som är "röda" och behöver ytterligare interventioner.

2.1: Vi implementerar QPI-ronder där vi använder Medrave för att identifiera "röda" patienter. Detta kan hjälpa oss att uppmärksamma t.ex. vilka patienter som ligger för högt i HbA1c.

3: Vi delar på en diabetessköterska med Capio VC Södermalm.

3.1: En av våra sjuksköterskor utbildar sig till diabetessköterska och kommer framöver ha ansvar för alla patienter med DM2.

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/verktyslada-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 processmåten 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	Startläge	Datum för startläge	Mål	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
1	Andel som har HbA1c < 52	69 %	Februari 2025	85 %	Medrave	December 2025
2	Andel som har BMI < 30	31 %	Februari 2025	50 %	Medrave	December 2025
3	Andel som behandlas med statiner	51 %	Februari 2025	85 %	Medrave	December 2025
4	Andel som har LDL < 2,6	39 %	Februari 2025	80 %	Medrave	December 2025
5	Andel som har lämnat urinprov för kontroll av albumin/kreatinin-index	62,5 %	Februari 2025	100 %	Medrave	December 2025

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/verktyslada-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 tänk? 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: TP fyller i detta dokument. Övriga teammedlemmar läser igenom planen och lämnar sina synpunkter. Vid behov görs ändringar. Vi förbereder tillsammans skriftlig information om förbättringsarbetet som sedan skickas ut till våra patienter med DM2. Vid QPI-ronder går vi igenom de patienter som inte har varit på årskontroll de senaste 18 månaderna. Vi börjar med att kalla de patienter som är "röda" i Medrave. PS beställer prover och skickar ut kallelser. Till kallelserna bifogas frågeformulär om livsstil som patienten ska fylla i inför besöket. I mars skriver TP en lathund om vilka prover som ska tas inför årskontroll, vad som ska kontrolleras under årskontrollen och hur det ska registreras efteråt. TP tar ut data från Medrave i slutet av varje månad och uppdaterar övriga teammedlemmar.

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

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.**

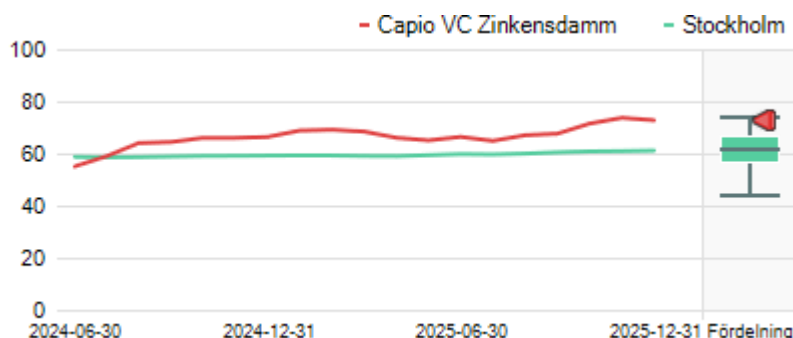
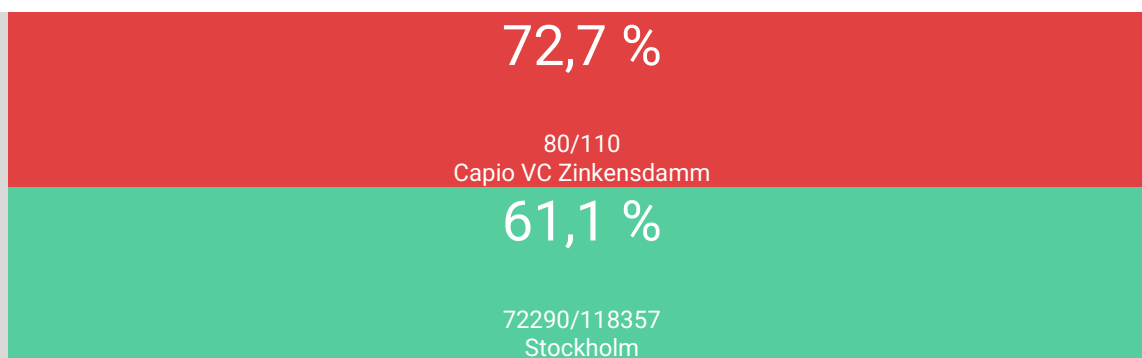
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas.

Diabetessjuksköterskan använder Medrave M4 för att följa upp årskontroller hos både läkare och diabetessjuksköterska, med besök planerade var sjätte månad och en fast rutin för kallelser. En checklista för innehållet vid respektive besök har påbörjats och utvecklas fortlöpande. Detta diskuteras regelbundet på gemensamma möten mellan läkare och diabetessjuksköterska. Kompetensutbyte sker löpande, särskilt kring diabetesbehandling, lipidbehandling, livsstilsförändring och korrekt dokumentation med korrekta diagnoser med eventuella komplikationer. Månatliga möten mellan läkare och diabetessjuksköterska genomförs som rutin, med fokus på behandlingsstrategier och dokumentationspraxis.

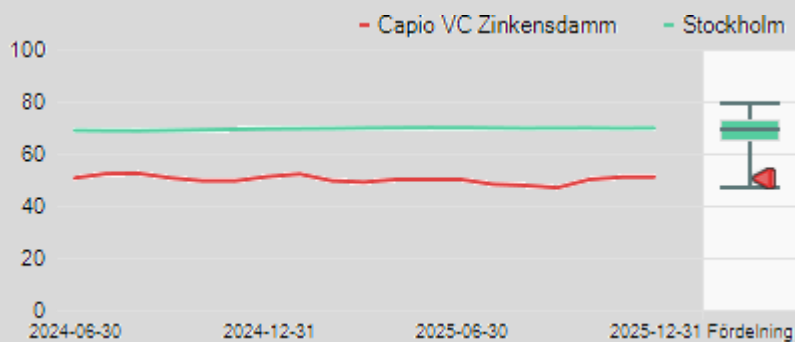
Resultat

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:**

☆ Di02L: HbA1c vid diabetes, HbA1c <52



☆ Di04: Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner



☆ Di06M;0: Andel patienter med diabetes som saknar uppgift om albuminuri



Indikator 5	Andel som har lämnat urinprov för kontroll av albumin/kreatinin-index	62.5%	Februari 2025	100%	73%	Medrave	dec 2025
--------------------	---	-------	---------------	------	-----	---------	----------

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

En engagerad diabetesansvarig sjuksköterska och tydliga, aktuella rutiner är avgörande för en säker och effektiv diabetesvård. För att skapa förändringar som håller krävs regelbundna möten med berörda yrkesgrupper där man följer upp gemensamma beslut. Vi har också förbättrat vår dokumentation.

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?

Alla patientbesök bygger på ett patientcentrerat arbetssätt där patienten aktivt deltar i både information och val av behandling. Vi säkerställer att varje patient får anpassad kunskap om sin sjukdom så att de kan fatta välgrundade beslut om behandling och livsstil. Motiverande samtal används för att stärka fysisk aktivitet, minska rökning, förbättra kostvanor och påverka andra relevanta livsstilsfaktorer.

Förbättringsarbetet har även riktats mot livsstilsrelaterade resultat. Det ökade fokuset har stärkt patienternas förståelse och motivation att förändra sina vanor.

Vi strävar också efter att fortsätta skicka VIK-formulär inför årsbesök så att patienterna kan förbereda sig.

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.

På vårdcentralen planeras månatliga samverkansmöten mellan ansvarig läkare och diabetessjuksköterska. Vid dessa möten genomförs regelbunden genomgång och kvalitetssäkring av gällande diabetesrutiner.

Vid nyanställningar ingår ett introduktionssamtal där diabetessjuksköterskan informerar om enhetens etablerade diabetesriktlinjer.

Resultat och utfallsmått från pågående förbättringsarbete följs systematiskt upp.

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.