

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Diabetespatienter

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Gustafkliniken Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Therese Varre Almesjö	Verksamhetschefens e-post therese.almesjo@gustafkliniken.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Louise von Stockenström	Kontaktpersonens e-post louise@gustafkliniken.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 arbetsätt). 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: Louise von Stockenström
Profession: Medicinsk sekreterare, kvalitetsansvarig

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: Therese Varre Almesjö, verksamhetschef, läkare
Louise von Stockenström, Medicinsk sekreterare, kvalitetsansvarig
Johanna Gunnstam, MLA, Specialist allmänmedicin
Sabina Kings, ssk

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

B: Vi planerar att involvera patienterna genom att intervjua dem och i kallelserna lägga in en mailadress där de uppmanas att skriva förslag (forslag@gustafkliniken.se)

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.

Hur vi har det: Vi presterar under Stockholmssnittet på samtliga indikatorer vad gäller våra diabetespatienter. Vi har haft en diabetesmottagning, men på grund av hög sjukfrånvaro har arbetet inte kunnat bedrivas systematiskt. Personal som har ansvar för dessa patienter har inte alltid kunnat eller prioriterat att fullgöra sina arbetsuppgifter.

Målet är att ha en diabetesmottagning som alltid fungerar och prioriteras, oavsett bemanning. Diabetes är en viktig sjukdomsgrupp på grund av dess många sekundära effekter och möjligheten att förebygga dem.

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 Diabetes som vårt tema då det är en så oerhört viktig patientgrupp och vi anser att det är oacceptabelt att deras vård inte optimeras.

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:

- Vi vill få till ett strukturerat arbetssätt på mottagningen med dedikerade sjuksköterskor, läkare och undersköterskor.
- Vi vill att samtliga medarbetar på mottagningen vet hur detta arbete är strukturerat så att de vet hur de ska handlägga våra diabetespatienter
- Vi vill att våra diabetespatienter ska känna till arbetet och veta hur och när de ska komma i kontakt med oss
- Vi vill minst uppnå Stockholmsgenomsnittet på samtliga av mätindikatorerna på Primärvårdskvalitet vad gäller Diabetes.

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: Hög sjukfrånvaro

- 1.1: Hållbar arbetsmiljö
1.2: Reserver för detta arbete när någon är sjuk
1.3: Fördela arbetet under året

2: Avsaknad av uppföljning

- 2.1: Tydligare ledarskap i arbetsgruppen
2.2: Tydligare uppföljning från ledningsgruppen
2.3: Varje månad presenteras siffror till ansvariga ifrån vår admin

3: Ej prioriterat

- 3.1: Prioriteras av verksamhetschefen
3.2: Involvera hela personalen i arbetet
3.3: Tydligare kravställning på ansvariga

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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner	58,6	250224	68,8	Medr ave	251231
Indikator 2	Andel patienter med diagnos diabetes som har fått fotundersökning	64,3	250224	72,8	Medr ave	251231
Indikator 3	<i>Blodtryck under 140/85</i>	60	250224	68	Medr ave	251231
Indikator 4	Andel patienter med diabetes som inte har albuminuri	61,4	250224	62,1	Medr ave	251231
Indikator 5						251231

Kommentar (valfritt):

Ovan visar en målsättning på Stockholmsgenomsnittet vilket vi anser är ett minimum. Vår målsättning är dock att överträffa dessa mål på de flesta indikatorerna.

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 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:

Ansvariga: Louise von Stockenström leder arbetet vilket innebär att hon ordnar möten, ser till att alla är närvarande samt säkerställer att alla vet sin roll i arbetet.

Johanna Gunnstam är ansvarig läkare vad gäller att säkerställa att vi håller oss till uppdaterade riktlinjer i vårt arbete med diabetikerna.

Sabina Kings ansvarar för att organisera en struktur för hur patienterna kallas till sköterske- och läkarbesök, prover tas och statistik följs upp.

Jolly Asiimwe säkerställer att statistik varje månad skrivs ut och levereras till ansvariga som kan följas upp.

Vi har ett längre möte i starten av detta projekt ca 2h med alla involverade. Vi har ett motsvarande möte efter sommaren 2025 och slutligen ett i slutet av året.

Samtliga ovan ansvarar för att det ska finnas en ersättare i händelse av sjukdom

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

Genomförda åtgärder under året

Kartläggning och patientidentifiering

- Genomgång av samtliga patienter med diabetesdiagnos via Medrave och upprättande av komplett **väntelista för diabetesårskontroll**.
- Prioritering av patienter baserat på medicinsk risk och behov.

Strukturerat arbetssätt – nytt diabetesflöde

Utifrån våra skriftliga rutiner har ett standardiserat vård flöde införts för årskontroller, nydiagnostiserade och prediabetes. Flöden ser ut som nedan med varianter beroende på vilket flöde det är.

Steg 1 – Digitalt eller analogt patientformulär

Patienterna fyller i ett omfattande frågeformulär online eller på papper, med frågor kring:

- komplikationssymtom (makro-/mikrovaskulära)
- neuropatisymtom
- livsstil
- screening för sömnapné

Steg 2 – Undersköterskebesök

USK genomför:

- EKG
- ABI (vi har dessutom införskaffat tåtrycksmätare och gått utbildning i att utföra undersökningen)
- längd, vikt, midjemått
- blodtryck
- provtagning enligt rutin

Steg 3 – Sjuksköterskebesök

Diabetessköterskan gör en **samlad medicinsk bedömning**, inklusive:

- hälsokontroll med fotstatus och munstatus
- metabol kontroll och viktinterventioner
- egenvårdsstöd, glukosmätning, remisser
- NDR-registrering (kopplingen åtgärdad under året)

Steg 4 – Läkarbesök efter 6 månader

Läkaren följer upp behandlingsmål, medicinering, komplikationsscreening och långsiktig plan.

Säkerställande av kontinuitet och systematik

- **Vårdsnurra** utvecklad i personalappen – alla medarbetare kan följa flöden steg för steg.
- Samtliga kallelsebrev, mallar och telefonfraser uppdaterade.
- Tekniskt stöd för både digitala och icke-digitala patienter har implementerats.
- Rutiner för nydiagnostiserade patienter och prediabetes har etablerats
- v.g. se bilagor

Läkarnas engagemang

Läkarna har instruerats att:

- konsekvent **diagnos sätta diabetes korrekt** för att säkerställa att patienter fångas i väntelistan
- arbeta enligt strukturerade “spår” i vårdsnurran
- bidra till detektionsgraden, vilket är centralt även i avtalsunderlaget

Tekniska förbättringar

- NDR-kopplingen, som ej fungerade under året, är nu återställd.
- Digital journalföring och kvalitetskontroller via Medrave och PVQ integreras i rutinarbetet

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.**

	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	<i>Andel patienter med diabetes som behandlas med statiner</i>	58,6	250224	68,8	59,1	Medrave	Total 2025
Indikator 2	<i>Andel patienter med diagnos diabetes som har fått fotundersökning</i>	64,3	250224	72,8	40,9	Medrave	Total 2025
Indikator 3	<i>Blodtryck under 140/85</i>	60	250224	68	50	Medrave	Total 2025
Indikator 4	<i>Andel patienter med diabetes som inte har albuminuri</i>	61,4	250224	62,1	59	Medrave	Total 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att det spelar ingen roll hur bra kvalitetsarbeten man än skapar om man inte har en fungerande arbetsgrupp på plats. Att få en stabil personal som har genomgått en grundlig introduktion och blivit så pass varm i kläderna att de kan ta sig an mer än bara det dagliga flödet kräver ett stort arbete från ledningsgruppen. Vi har gjort flera justeringar på detta område och har nu sett goda resultat med en stabil arbetsgrupp. Sjukfrånvaron har normaliserats och vi ser varje dag hur vi går från att behöva släcka bränder på daglig basis till att kunna arbeta planerat och strukturerat. Det vill säga att trots årets organisatoriska utmaningar med hög personalomsättning i sjuksköterskegruppen, underbemanning över längre tid med hög sjukfrånvaro, tidigare brist på strukturerade rutiner och enhetlig arbetspraxis samt tekniska hinder (NDR-koppling) har följande uppnåtts:

- Vi har nu ett komplett digitalt och analogt diabetesflöde implementerat.
- Det finns rutiner och flödesscheman för årskontroller, ny diagnos och prediabetes fullt ut dokumenterade.
- Vi arbetar löpande med kompetenshöjning genom utbildning av sjuksköterskegruppen och implementering av strukturerade arbetssätt.

Vi säkerställer systematisk registrering genom förbättrad diagnossättning och fungerande NDR-överföringar.

- Våra kallelser och administrativ logistik klart förbättrad.
- Vi har en utbildad diabetessköterska på plats,
- Det finns en stabil arbetsgrupp med "normal" sjukskrivning.

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 en tät dialog med patienterna på flera olika sätt, både i det dagliga arbetet och på det sätt att vi uppmanar dem att vi önskar tillgodogöra oss deras tankar och idéer genom att höra av sig med feedback. Bland annat har vi en GDPR-säkrad brevlåda där de kan skicka sina ärenden. Som en bonus så har vi även en mycket omdömesgill och inklämmande receptionist som är en av våra allra bästa informationskällor. Med detta sagt så har vi inget strukturerat arbete än där vi träffar diabetiker och involverar dem i vården genom denna typ av samtal.

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 en rad prioriterade förbättringsområden kopplade till detta område, bl a följande:

- Säkerställa **fullt inflöde** av patienter genom förbättrad detektionsgrad.
- Genomföra **regelbundna internrevisioner** av flödet via vårdsnurran.
- Följa PVQ och NDR-utfall kvartalsvis.
- Fördjupa teamarbetet mellan läkargruppen och diabetessköterskorna.

- Fortsatt utveckling av digital patientkommunikation.

För de kommande åren har vi följande mål:

- Uppnå samtliga indikatorer på **Stockholmsgenomsnitt eller högre**.
- Minska variationen i följsamhet mellan olika professioner.
- Öka patientnöjdheten i diabetesgruppen (mäts genom lokala enkäter och NDR).

Sammanfattning

Trots utmanande förutsättningar har Gustafkliniken under 2024–2025 byggt upp ett robust, strukturerat och patientsäkert diabetesflöde som nu är fullt implementerat och i drift. Med en stabil sjuksköterskegrupp och tydliga rutiner på plats har förutsättningarna för ett högkvalitativt och enhetligt diabetesomhändertagande stärkt verksamheten långsiktigt.

Tyvärr avspeglas inte vårt arbete i de resultat vi har för diabetiker vilket för mig som verksamhetschef är dystra siffror att se. Vi har mycket stort engagemang i att 2026 är året då vi en gång för alla ser till att hålla den höga nivå på vården av våra diabetespatienter som vi anser de ska ha. Vill även tillägga att när vi analyserar siffrorna så handlar en hel del om felregistreringar så verkligheten är bättre men oavsett så speglas en verklighet där vi inte arbetar tillräckligt systematiskt med våra diabetiker.

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.