

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Meliva vårdcentral Liljeholmen Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Meliva vårdcentral Liljeholmen	Namn på er Informationsapotekare Rojin Söderlund
Verksamhetschef Anna-Maria Johansson	Verksamhetschefens e-post Anna-maria.johansson@meliva.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Usama Al-Ansari	Kontaktpersonens e-post Usama.al-ansari@meliva.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: Usama Al-Ansari Profession: Specialistläkare 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: A: Usama Al-Ansari, specialistläkare allmänmedicin
Nadia Aryeetey, distriktssköterska/diabetessjuksköterska
Anna-Maria Johansson, distriktssköterska/ diabetessjuksköterska

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

B: råga patienter om de erhållit stöd angående från vårdcentralen gällande medicinering, förskrivningar av hjälpmedel och remisser vid besök/årskontroll.

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.

Förekomsten av diagnosen diabetes typ 2 hos oss är 1,9 %, vilket är mycket lågt i jämförelse med Stockholm och riket, där siffrorna är 4,8 respektive 5,6 %. Vi vill titta på om vår siffra på 1,9 % är falskt för låg och därmed kunna hitta dessa patienter för att kunna erbjuda vård enligt gällande riktlinjer för diabetes typ 2. Andelen patienter med typ 2 diabetes och med ett HbA1c under 52 mmol/mol är 43 % (antal 34 patienter/79 patienter), vilket är sämre än snittet i Stockholm som är 59%. Vi vill förbättra den metabola kontrollen hos dessa patienter genom förbättrat stöd och rutiner.

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.

Identifiera och förbättra den metabola kontrollen hos patienter med 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 har i dagsläget för få patienter med typ 2 diabetes utifrån statistik. Målet är att identifiera målgruppen på ett bättre sätt. Vår bedömning är att det finns fler patienter med typ 2 diabetes bland våra listade patienter. Det är mer troligt att totala antalet patienter med typ 2 diabetes ligger runt 3 %, vilket skulle innebära att vi ska ha 120 patienter med typ 2 diabetes.

Hos patientgruppen vill förbättra den metabola kontrollen genom att förbättra HbA1c till att nå snittet i Stockholm, vilket betyder 70 patienter av 120 som har ett HbA1c under 52 mmol/mol.

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: Hög personalomsättning de senaste två år som gjort att inte alla rutiner efterföljs

1.1: Förbättra intro till ny personal
1.2: säkerställa att rutiner följs
1.3: Arbeta med väntelista

2: Avaknat tydliga rutiner

2.1: Gå igenom rutiner och förbättra dem
2.2: : Rutin för att kalla månadsvis enligt väntelist

3: : Avsaknad av diagnos och dokumentation

1.1: screena riskgrupper för DM
3.2: journalgranskning angående diagnos och dokumentation

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 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 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>Dio1: Förekomst av diagnos diabetes typ 2</i>	1,9	20250301	3,0	Medrave	Dec 2025
Indikator 2	<i>HbA1c vid diabetes typ 2, HbA1c <52</i>	44%	20250301	59%		Dec 2025
Indikator 3						<i>T.ex. 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?

Samtlig personal på mottagningen ska hjälpas åt att identifiera patienter med diabetes som saknar diagnos och identifiera riskgrupper för typ 2 diabetes

- Identifierade patienter sätts upp på uppdaterad väntelista
- Kallas halvårsvis till sjuksköterska och läkare med föregående provtagning
- Kontinuerlig uppföljning av arbetet och avstämning

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)

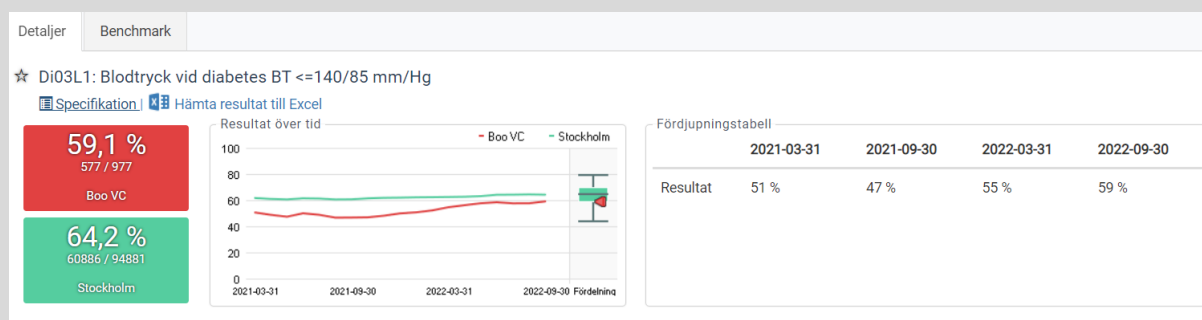
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

Vi såg att förekomsten av patienter med typ 2-diabetes var lägre än förväntat utifrån liststorlek och tillgänglig statistik. Som förbättringsidé valde vi därför att arbeta mer systematiskt med att identifiera målgruppen och säkerställa korrekt diagnosättning.
All personal på mottagningen ansvarar gemensamt för att identifiera patienter med misstänkt diabetes samt riskgrupper för typ 2-diabetes.
Patienter som identifieras utan tidigare fastställd diagnos registreras på en uppdaterad väntelista. Dessa patienter kallas halvårsvis till uppföljning hos sjuksköterska och läkare. Provtagning ska vara genomförd inför besöken enligt gällande riktlinjer.

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	<i>Di01: Förekomst av diagnos diabetes typ 2</i>	19	20250301	3%	2 %	<i>Medrave</i>	<i>20251231</i>

Indikator 2	HbA1c vid diabetes typ 2, HbA1c <52	44 %	20250301	59 %	61,1 %	Medrave	251231
Indikator 3							T.ex. dec 2025
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Vi uppnått mer än målet **61,1 %** precis samma som Stockholm

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

- Att förekomsten av typ 2-diabetes kan vara underskattad om inte diagnossättning och registrering sker systematiskt. Genom att använda MedRave för att ta fram patientlistor har vi identifierat patienter som tidigare saknade korrekt diagnoskod.
- Att regelbunden uppföljning av indikatorer (Dio1 och HbA1c <52 mmol/mol) ger en tydlig bild av nuläget och gör det lättare att rikta förbättringsinsatserna till rätt patientgrupp.
- Att strukturerade genomgångar av HbA1c och behandling leder till fler behandlingsjusteringar och bättre metabol kontroll än vid osystematisk uppföljning.
- Att teamarbete mellan läkare och diabetessjuksköterska är avgörande för både korrekt diagnossättning och effektiv uppföljning av patienter med typ 2-diabetes.
- Att fasta rutiner för årliga kontroller och strukturerade diabetesbesök minskar risken för att patienter faller mellan stolarna.
- Att förbättringsarbete blir mer hållbart när arbetssätten standardiseras och följs upp kontinuerligt, i stället för att genomföras som enstaka insatser.

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?

Sammanfattningsvis har förbättringsarbetet strävat efter att stärka patienternas delaktighet genom gemensam målformulering, individanpassad behandling och ökad kunskap om den egna sjukdomen, vilket i sin tur har bidragit till bättre förutsättningar för långsiktig metabol kontroll.

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.

- Fortsätta använda MedRave för att identifiera patienter med typ 2-diabetes och följa indikatorerna Dio1 och HbA1c <52 regelbundet. Varje läkare ska följa upp sina patienter och undersköterska kallar patienter enligt väntelista
- Årligen upprepa strukturerad genomgång av patienter, diagnosättning och behandlingsoptimering.
- Bibehålla teamwork mellan läkare och diabetessjuksköterska för uppföljning och patientmöten.
- Fortsätta stärka patienternas delaktighet genom gemensam målformulering, individuellt anpassade behandlingar och ökat egenvårdsstöd.
- Patienter med hög HbA1 c ska prioriteras och följas upp tätare
- Utvärdera resultat löpande och justera arbetssätt vid behov för att säkerställa långsiktigt hållbar förbättring.
- Mottagningen har i nuläget ett begränsat antal patienter inom denna kategori, vilket innebär att indikatorn för förekomst av diabetes typ 2 inte fullt ut speglar verksamhetens patientunderlag. Genom ett mer strukturerat arbetssätt för identifiering och uppföljning av patienter förväntas en mer rättvisande bild av andelen patienter med diabetes 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.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.