

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Nykvarns Vårdcentral	Roswitha Abelin
Ulrika Hansson	Ulrika.hansson@primavard.se
Alexandra Ioannidis	Alexandra.ioannidis@primavard.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](mailto: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: Alexandra Ioannidis
Profession: ST-läkare 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: Alexandra Ioannidis ST, Jan Kolasa DL, Lennart Holmquist DL Marie Hellström DSK, Anna Nilsson SSK, Sabina Björkhäll DSK, Nanna-Mi Wisborg DSK, Anne Taka-Eilola SSK och Ulrika Hansson Verksamhetschef/DSK

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

B: Individuella intervjuer/patientmöten

### **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.**

*På Nykvarns Vårdcentral finns fina diabetesrutiner som efterföljs sedan många år tillbaka. Vi har dock ett antal patienter med DM2 som av olika skäl ligger över och en del högt över 70 i HbA1c. För dessa patienter vill vi minska risken för ohälsa i form av komplikationer som sjukdomen ofta medför samt lindra diverse symtom. En annan viktig aspekt i att förbättra vård och behandling för denna grupp är den samhällsekonomiska aspekten. En viktig del i det arbetet är att förbättra patienternas HbA1c och då se över den grupp som har mest otillfredsställande glukoskontroll i nuläget.*

### **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 vill förbättra HbA1c för de patienter med DM2 som idag har mest otillfredsställande glukoskontroll och då fokusera på de patienter som har ett värde > 70 mmol/mol.

### 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:**

**-Minskning av HbA1c-värde (från individuellt utgångsvärde) för patienter med DM2 som ligger > 70 mmol/mol (förbättrad blodsockerkontroll) och således en minskad risk för komplikationer samt symtom i förlängningen**

**-Sätta tydliga individuella mål för mätvärden så som; HbA1c, bltr, blodfetter, U-albumin**

**-Vad brister? Medicinsk behandling, kost/motion/rökning/alkohol, socioekonomiska faktorer, compliance, ointresse/motivation, sjukdomsinsikt etc**

**- Individuellt ta reda på vilka aspekter vi ska arbeta med för varje enskild individ för att nå målet att sänka HbA1c**

### 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: Livsstilsfaktorer

1.1: Kartläggning  
1.2: Rådgivning  
1.3: Uppföljning

2: Compliance

2.1: Läkemedelsgenomgång  
2.2: Rådgivning/Info

3: Sjukdomsinsikt/ointresse

3.1: Information om sjukdomen  
3.2: Motiverande samtal  
3.3: Stödsamtal

### 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 ”balansrande 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal patienter med DM 2 och HbA1c över 70 mmol/mol</i>	25 st	250226	15	Med-rave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Antal patienter med DM2 och HbA1c över 70 och bltr över 135/80</i>	8 st	250226	4 st	TC	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal patienter med DM2 och HbA1c över 70 och BMI över 35</i>	6 st	250226	3 st	TC	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal patienter med DM2 och HbA1c över 70 som röker</i>	0 st	250226		TC	<i>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 fikorummets, 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?

1. Ta ut aktuell statistik i Medrave.

2. Studera samtliga journaler för de patienter som ingår i kvalitetsarbetet. Därefter diskussion i grupp där vi tar upp vad vi ser för olika aspekter att arbeta med.

3. Sätta upp parametrar att arbeta med så att alla kan utgå från samma mall även om allt inte gäller alla patienter.

4. Kallar patienterna (tidig vår 2025) på besök hos ssk/dsk för att få en individuell bedömning av vad just den enskilde behöver för att vi ska nå målen. Mätvärden? Annat som kommer fram i samtal? Etc.... Vi sätter upp tydliga mål för patienten.

5. Vid behov av optimering av läkemedelsbehandling bokas läkarbesök alt diskussion på diabetesrund

6. Efter sommaren (augusti/september) träffar ssk/dsk alla patienter igen för uppf mätvärden och övrigt. Behöver vi tänka om? Fungerar det för patienten? Hur går det?

6.Slutligen kallas patienterna en tredje gång i slutet av året för utvärdering och provtagning = Resultat!

**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](mailto: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 har identifierat patienter med diabetes mellitus typ 2 som inte uppnår behandlingsmålen, med HbA1c som ligger över 70mmol/mol. Data och patientgrupp insamlades från Medrave. Vi arbetade strukturerat i multidisciplinärt team för att effektivisera patienternas behandling.

Ett diabetesteam skapades som omfattade ansvariga distriktssköterskor/sjuksköterskor samt läkare som deltog i projektet. Kontinuerliga avstämningar samt diskussioner gällande patienternas behandling genomfördes.

Patienter kallades till uppföljningsbesök utöver de ordinarie besök som sker två gånger per år hos diabetessköterska respektive läkare. Besöken innefattade individuella bedömningar där bristande faktorer som kunde bidra till högre HbA1c identifierades. Tydliga realistiska mål sattes upp tillsammans med patienten.

**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:**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (antal)	<b>Resultat</b> (antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal patienter med DM 2 och HbA1c över 70 mmol/mol</i>	25st	250226	15st	9st	Journalgranskning	Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	<i>Antal patienter med DM2 och HbA1c över 70 och bltr över 135/80</i>	8st	250226	4st	4st	Journalgranskning	Dec 2025
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal patienter med DM2 och HbA1c över 70 och BMI över 35</i>	6st	250226	3st	1st	Journalgranskning	Dec 2025
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal patienter med DM2 och HbA1c över 70 som röker</i>	0st	250226	0st	0st	Medrave	Dec 2025

**Övriga kommentarer:**
**Slutreflektion**

Vad har ni lärt er?

Arbetet har ökat insikten att denna patientgrupp är komplex då många faktorer som exempelvis brist på följsamhet, kunskap och livssituation kan påverka behandlingen. Att identifiera patienternas individuella behov och erfarenheter har bidragit till ökad förståelse.

De identifierbara behoven innefattade; fler frekventa uppföljningar, motivation och rådgivning. Det svåraste med denna patientgrupp var bristande compliance till behandling. De faktorer som var lättast att påverka var läkemedelstillägg eller dosjusteringar, samt rådgivning kring kost.

Anpassade insatser och tydliga mål har förbättrat många av patienternas HbA1c och vissa patienter har varit svåra att påverka.

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?

Genom att införa mer regelbundna kontroller och uppföljningsbesök har patienternas synpunkter och erfarenheter kunnat fångas upp fortlöpande under förbättringsarbets faser.

Utrymme för reflektion kring vilka delar av behandlingen som fungerar väl respektive brister har skapats under dessa möten för den enskilde patienten.

Patienternas kontinuerliga återkoppling har därmed använts som underlag för att anpassa vården och öka delaktigheten i behandlingsprocessen.

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 planerar att fortsätta fånga upp patienter som inte uppnår adekvat glukoskontroll och öka insatser med mer frekventa uppföljningsbesök för denna grupp.

**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 förbättringsarbeten.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.