

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Diabetes typ 2 Capio Rågsved VC

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn	Namn på er Informationsapotekare
Capio Vårdcentral Rågsved	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Hossain Nawaz	Hossain.Nawaz@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet	Kontaktpersonens e-post
Christina Guerrero	Christina.guerrero@capio.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 rita.fernholm@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: Dionis Agolli

Profession: ST- Läkare

Dionis.Agolli@capio.se

Namn: Christina Guerrero

Profession: Distriktsjuksköterska

Christina.guerrero@capio.se

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:

Christina Guerrero DSK Diabetes, Armen, Lumoi samt övriga läkare på mottagning

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

B: Vi kommer att involvera patients synpunkter och erfarenheter vid besökstid. Vid diabetesföreläsningar på Vårdcentralen kommer vi att fråga patienter om deras erfarenheter och tar emot förslag.

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 Rågsveds vårdcentral har vi presterat sämre än genomsnittet i Stockholms län. Statistiken visar att vi har ca 15 % som har hbA1c över 70 och ca 11 % som saknar vården i jämförelsen med Stockholms län. Anledningar kan det vara att patientens egen motivering till sin behandling och compliance har varit sämre som ledde till att har vi en stor andel som fortfarande har höga HbA1C värde samt saknas aktuella HbA1C värden.

Det vi vill åstadkomma är förbättra rutiner för årskontroller för dessa patienter. Och fortsätta att jobba med att minska HbA1C för dessa patienter som ligger över 70 HbA1C genom att försöka skapa individuella mål utifrån patienter förmågor att ta hand om sin diabetes.

Vi planerar att kalla alla dessa patienter som har uteblivit eller inte varit på sina årskontroller minst 2 gånger genom digitala påminnelser och telefonsamtal med information om provtagningar inför besöket, med detta vill vi förbättra

Vi syftar till att försätta jobba med patienter som har HbA1c över 70 och försöka optimera behandling för att uppnå målvärde eller åtminstone HbA1c under 70. Vi sätter detta mål eftersom vi har patienter som inte har bra följsamhet eller pga. samsjuklighet

Val av tema för förbättringsarbetet: Diabetes typ 2 patienter med icke god metabol kontroll

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Diabetes typ 2 patienter med icke god metabol kontroll

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:

Målet som vi vill uppnå är att större andel av dessa patienter med dålig metabol kontroll som har HbA1C över 70 ska uppnå deras målvärde utifrån deras samsjuklighet och ålder.

Förbättra rutiner och uppföljsamhet av dessa patienter och försöka minska andelen med inaktuella HbA1C värden och eventuellt kartlägga orsaken varför dessa patienter saknar aktuella värden.

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: Icke optimala rutiner och uppföljsamhet

1.1: kallelser och påminnelser via Flow eller telQ
1.2: Bättre struktur för denna patientgrupp
1.3:

2: Patienter med bristande compliance och söker inte för årskontroll.
3; Läkare som inte bokar för årskontroll och uppföljningar.

2.1: Noggrann informering till patient om årskontroll: Försätta använda Medrave för att få aktuell lista om vilka patienter har inte varit på diabetesårskontroll.
2.2: Tätare uppföljningar hos läkare och diabetesssk. Och eventuellt medicinjustering
2.3: Motivera patienter att komma på sina bokade besök.

3: Alla parametrar fylls inte i korrekt.

3.1: Information till all personal på APT.
 3.2: Färdig utskrivna mallar med obligatoriska parametrar för diabetesårskontroll delas ut till läkare.
 3.3: Diskutera tillsammans i läkare och ssk möte orsaken att inte fylls korrekt i journaler.

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	Dio1, förekomst av diagnos denna ska öka	449	2025-03-03	449	Med-rave	Januari 2026
Indikator 2	Dio2;0, andel patienter som inte har aktuellt värde ska minska	50	2025-03-03	35	Med-rave	Januari 2026
Indikator 3	Dio2H, andel av pt som har HbA1C över 70 ska minskas	67	2025-03-03	40	Med-rave	Januari 2026
Indikator 4						
Indikator 5						

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/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?

Jag och Christina kommer att ta fram aktuellt lista från Medrave med alla diabetespatienter. Vi kommer att välja ut den andel av patienter som har ett HbA1C värde över 70 och patienter med inaktuella HbA1C värden. HSV patienter kommer ej kallas då dessa patienter behandlas av HSV läkare.

Vi kommer sedan kalla alla dessa patienter med ett högre HbA1C värden och som saknar aktuella HbA1C till besök först till DSK och läkare. Inför besöket kommer patienter att lämna prover. Utifrån provsvar bedöms optimering av behandling och planeras för uppföljning vid ej tillfredsställande provresultat.

Vid uppföljning av DSK som visar de patienter som inte uppnår sitt målvärde kommer rondärenden att bokas in till läkare för vidare planering av dessa patienter. Eventuellt kommer fler uppföljningar och extra stöd i form av information om behandling och hälsosamtal kommer att planeras tillsammans med patienten.

För de patienter som saknar aktuell HbA1C värden kommer vi att arbeta i team vid läkare möten med DSK så att journalföringen blir korrekt utförd. Viktigt att journalföra om pat. inte vill komma på kontroller samt hur många gånger har vi kallat pat.

Jag som ST-läkare under tiden på vårdcentralen kommer att ägna lite extra tid för dessa patienter. Samtidigt som vi har en svårbehandlad grupp av diabetespatienter kommer alla läkare på vårdcentralen att träffa också en del av dessa patienter. Det ska finnas i läkarkalender minst 2 tider som är för diabetespatienter.

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

Följande förbättringsidéer har prövats och införts som ordinarie arbetssätt:

Strukturerad identifiering av målgruppen

Regelbundna uttag av listor från Medrave med patienter som:

- Har HbA1c >70 mmol/mol
- Saknar aktuellt HbA1c-värde
Patienter som följs av HSV har exkluderats.

Förbättrade rutiner för kallelser och påminnelser

Patienter som uteblivit från årskontroller eller saknat aktuella provsvar har kallats upprepade gånger via:

- Digitala kallelser (Flow)
- Telefonsamtal (TelQ)
Inför besöken har patienterna informerats tydligt om provtagning.
- Brev med information om att boka tid för Diabetes årskontroll.

Tydligare teamarbete mellan läkare och diabetessjuksköterska.

Patienter har i första hand bedömts av DSK och därefter vid behov av läkare.

Vid otillfredsställande värden har uppföljningar planerats gemensamt. För att kunna erbjuda dessa patienter en snabb omhändertagande, har läkarna reserverat tid i sin kalender som är specifika för diabetespatienter.

Optimering av behandling och individanpassade mål

För patienter med HbA1c >70 mmol /mol har behandlingen setts över och justerats utifrån:

- Genomgång av aktuell läkemedelsbehandling.
- Kartlägga och bedöma patienten riskfaktorer som rökning och BMI.
- Ålder
- Samsjuklighet
- Bedömning av patientens egen förmåga och motivation till behandling som kunde hjälpa oss att boka uppföljningar baserade på patientbehov.
- Förstärkt patientinformation kring behandling och levnadsvanor

Målet har varit att nå individuellt anpassade HbA1c-mål eller åtminstone sänka HbA1c under 70 mmol/mol.

Förbättrad journalföring och dokumentation

Gemensamma genomgångar har gjorts för att säkerställa att samtliga parametrar vid diabetesårskontroller dokumenterats korrekt.

Mallar med obligatoriska parametrar har använts och delats ut till samtliga läkare.

Indikator 5							<i>T.ex. dec 2025</i>
--------------------	--	--	--	--	--	--	-----------------------

Övriga kommentarer:

Andel patienter utan aktuellt HbA1c har minskat från 50 till 47 liten förbättring men målet till 35 nåddes ej.

Av de patienterna med HbA1c över 70 mmol/mol minskade från 67 till 64. Men det ska noteras att andelen av patienter med Diabetes typ 2 ökades med 19 patienter enligt Medrave 20251231.

Av de 67 patienter med HbA1c över 70 mmol/mol som ingått i förbättringsarbete 10 patienter förbättrades uppnått HbA1c under 70 mmol/mol. Samt 9 patienter som följs inom hemsjukvården och har därför exkluderats.

En betydande andel av de patienter som inte nått målvärde har haft bristande följsamhet till behandling och uppföljning av olika orsaker. Vanliga identifierade faktorer har varit språkbarriärer och låg behandlingsföljsamhet.

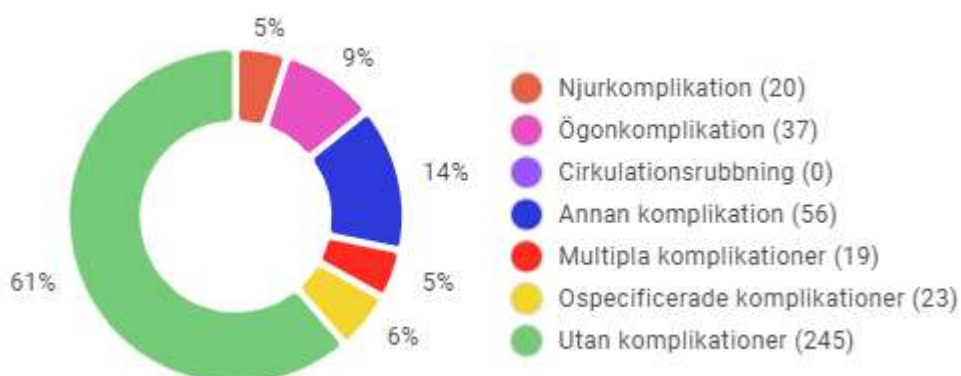
Underbehandling av diabetes typ 2 har också identifierats som en viktig bidragande faktor, där patienter inte haft tillräckligt optimerad läkemedelsbehandling trots förhöjda HbA1c-värden.

Uteblivna besök eller utebliven provtagning trots kallelse har varit den tredje största orsaken till att målvärden inte uppnåtts trots några försök för att nå patienten.

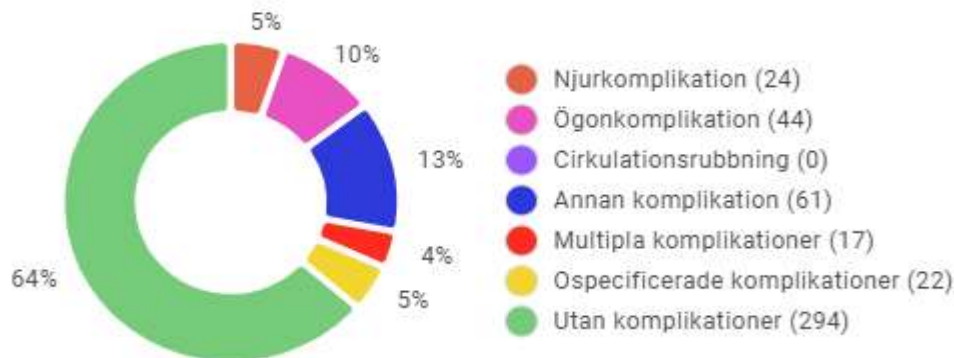
Därutöver har en mindre andel patienter som inte uppnått målvärde

- psykiatrisk samsjuklighet
- biverkningar av behandling
- nydebuterad diabetes
- byte av vårdcentral eller har flyttat

En mindre grupp patienter hade tidigare inte kallats enligt rutin, vilket har uppmärksamats och åtgärdats under projektets gång.

Komplikationer


Komplikationer



20251231

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att strukturerad genomgång av HbA1c-värden tillsammans med proaktiva kallelser och regelbundna uppföljningar ger en positiv effekt på behandlingsoptimering och metabol kontroll, vilket framgår av att flera patienter sänkt sina HbA1c-värden.

Samtidigt visar resultaten att kallelser och uppföljningar inte alltid är tillräckliga om patienterna inte kommer på besök eller lämnar prover. Uteblivna besök och utebliven provtagning har varit en betydande orsak till att målvärden inte uppnåtts.

Arbetet har också tydliggjort att bristande följsamhet och tidigare underbehandling är två lika viktiga orsaker till kvarstående höga HbA1c-värden. Detta har ökat vår medvetenhet om behovet av både behandlingsoptimering och individanpassat stöd.

Vi har även sett att språkbarriärer och psykosociala faktorer påverkar möjligheten att nå behandlingsmål, vilket understryker vikten av tydlig kommunikation och anpassad information.

Arbetet har dessutom visat att nära samarbete mellan läkare, diabetessjuksköterska och patient samt strukturerad dokumentation minskar risken att patienter tappas bort i uppföljningen.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patients delaktighet eller involvering i vården?

Patienternas erfarenheter och synpunkter har tagits tillvara under hela förbättringsarbetet. Vid mottagningsbesök och uppföljningssamtal har vi aktivt efterfrågat patienternas upplevelser, hinder och behov, särskilt kring följsamhet och livsstilsförändringar.

Individuella behandlingsmål har satts i dialog med patienten och anpassats efter deras förutsättningar, vilket har ökat delaktigheten i den egna vården. I vissa fall har skriftlig information om planering och behandling lämnats till patienten för att kunna tas med hem och läsas i lugn och ro.

Vi har strävat efter en öppen dialog där patienterna uppmuntras att ställa frågor och vara delaktiga i beslutsprocessen kring sin behandling. Tydlig information om målvärden och behandlingsmål har använts för att öka förståelsen för behandlingen.

Gruppundervisning om diabetes har erbjudits, inklusive information på olika språk utifrån patientgruppens behov, vilket har bidragit till ökad förståelse och engagemang. Där både läkare och diabetessjuksköterskan har varit delaktiga i undervisningen.

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.

Framåt planerar vi att bygga vidare på de positiva förändringar som införts och integrera arbetssätten i ordinarie rutiner.

Vi kommer att fortsätta med:

- regelbundna uttag av patientlistor från Medrave
- strukturerade kallelser och uppföljningar
- teamarbete mellan läkare och DSK diabetes ansvarig
- individpassade behandlingsmål utifrån patientens behov och erbjuda kontinuerlig uppföljning hos diabetessjuksköterskan.

Utifrån årets lärdomar kommer särskilt fokus att ligga på:

- patienter med språkliga hinder (ökad användning av tolk)
- patienter med bristande följsamhet
- tidig behandlingsoptimering för att undvika underbehandling
- förbättrade rutiner för provtagning och återkoppling

Vi kommer även att fortsätta med gruppundervisning utifrån områdets behov.

Om vissa åtgärder inte ger önskad effekt kommer de att omvärderas och justeras. Arbetet utvecklas vidare utifrån nya insikter och feedback från både patienter och personal.

Målet är att långsiktigt förbättra den metabola kontrollen och erbjuda en patientcentrerad och jämlik diabetesvård.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 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.slo@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.