

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: ABU hos våra inskrivna patienter i hemsjukvården

| Information om husläkarmottagningen | |
|--|---|
| Mottagningens namn Capio vårdcentral Åkermyntan | Namn på er Informationsapotekare Marie Schill |
| Verksamhetschef Jeanette Hessel | Verksamhetschefens e-post jeanette.hessel@capio.se |
| Kontaktperson för förbättringsarbetet Jeanette Hessel | Kontaktpersonens e-post jeanette.hessel@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 1 mars 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 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: |
|---|
| Jeanette Hessel, sjuksköterska |

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

Jeanette Hessel, sjuksköterska

I arbetet tar jag med mig vår underleverantör Vårdliljan, som tar hand om sköterskeinsatserna för våra inskrivna patienter i hemsjukvården.

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

B: Granska journaler

Genomgång av antibiotika

Genomgång vid Kloka Listan på plats hos oss

Genomgång vid besök av Strama

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.

Vi har valt att granska akut Cystit hos våra inskrivna patienter i hemsjukvården.

Vi har en underleverantör, Vårdliljan, som tar hand om sköterskeinsatserna för våra patienter i hemsjukvården.

Vi har en läkare från vårdcentralen som tar hand om läkarbesöken.

När vi gjorde vår Självdeklaration 2024 valde vi att granska journaler gällande patienter inskrivna i hemsjukvården där diagnos akut Cystit satts men i några fall handlade det egentligen om ABU.

Vi ser att det saknas kompetens & kunskap angående Cystit/ABU både hos de sköterskor som arbetar inom hemsjukvården och hos vår läkare.

Det saknas en skriftlig rutin hur sköterskor & läkare ska ta hand om patienter med UVI-symtom då det inte är säkert att det är urinvägsinfektion, kan bero på andra tillstånd eller sjukdomar.

Då vi nu får en ny läkare som ska ta hand om inskrivna patienter i hemsjukvården tar vi tillfället i akt att se om det blir någon skillnad från 2024 och 2025 gällande diagnos och eventuell behandling.

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.

Cystit-diagnos, ej enbart med positiv urinsticka (odling ska tas) samt övriga symtom har betydelse ex feber samt att vi behandlar Cystit-diagnos efter STRAMAS riktlinjer.

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:

**Undvik onödig antibiotikaanvändning hos äldre som kan leda till svamp/clostridieinfektioner samt förändrad tarmflora.
Sätta rätt diagnos utifrån STRAMAS kriterier.**

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: Ansvariga sköterskor inom hemsjukvården agerar utifrån eget ansvar

1.1: Journalgranskning av patienter inskrivna i hemsjukvården med diagnos cystit med sköterskor inom hemsjukvården.

1.2:

1.3:

2: Ansvarig läkare inom hemsjukvården följer ej STRAMAS riktlinjer.

2.1: Journalgranskning av patienter inskrivna i hemsjukvården med diagnos cystit med ansvarig läkare inom hemsjukvården.

2.2:

2.3:

3: Rutin saknas inom hemsjukvården vid handläggning av patienter med cystit.

3.1: Skapa rutin tillsammans med läkare & sköterskor inom hemsjukvården.

3.2:

3.3:

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 | <i>Andel patienter med Cystit-diagnos vid positiv u-sticka</i> | 66,7% | 2503 | 30% | Primärvårdskvalitet | 2512 |
| Indikator 2 | <i>Andel patienter som fått rätt behandling enligt STRAMAS riktlinjer vid Cystit där urinodling är taget</i> | 33,3% | 2503 | 100% | Primärvårdskvalitet | 2512 |
| 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/verktyslada-forbattringstrappa/>

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?

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

Som start hade jag ett nulägesmöte med enhetschef på Vårdliljan där ansvarig läkare medverkade. Visade siffror från MedRave och vad vi måste göra.

Vi hade en samsyn att vi tycker det är viktigt att utarbeta en rutin i syfte att undvika onödig antibiotikaanvändning hos äldre som kan leda till svamp/clostridieinfektion samt förändrad tarmflora.

Ansvarig läkare ska sätta rätt diagnos utifrån Stramas riktlinjer.

Under året har vi haft gemensamma möten ca 1 gång per månad såsom vi normalt har, dock ej under sommaren samt jul/nyår.

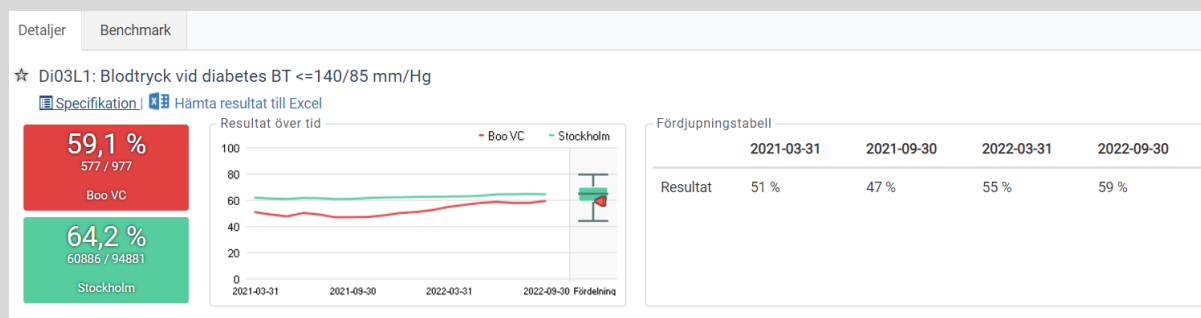
- Gått igenom journaler tillsammans med både medicinskt ansvarig läkare samt ansvarig läkare för hemsjukvården, vi har sett brister i förhållande till Stramas riktlinjer.
- Utarbetat rutinen, bifogar den.
- Följt upp MedRave.
- Bjudit in Kloka Listan samt Strama.

Vårdliljan har på sitt håll då vi sitter i olika lokaler samt deras sköterskor är anställda av Vårdliljan gått igenom rutinen, tagit del av broschyren *Klok läkemedelsbehandling för de mest sjuka* och någonstans mellan Q2-Q3 har ansvarig läkare infört rond med varje sköterska som har sitt område med patienter.

Ronden är även ett bra tillfälle att höja kompetensen hos sköterskor vid rond med läkare.

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>Andel patienter med Cystit-diagnos vid positiv u-sticka</i> | 66,7% | 2503 | 30% | 20% | Primärvårdskvalitet | 251231 |
| Indikator 2 | <i>Andel patienter som fått rätt behandling enligt STRAMAS riktlinjer vid Cystit där urinodling är taget</i> | 33,3% | 2503 | 100% | 80% | Primärvårdskvalitet | 251231 |
| Indikator 3 | | | | | | | |
| Indikator 4 | | | | | | | |
| Indikator 5 | | | | | | | |

Övriga kommentarer:

I stort sett som vi planerade för och jag är glad över att våra patienter inskrivna i hemsjukvården har fått en bättre maghälsa och mer förståelse för varför vi agerar som vi gör.
Både sköterskor hos Vårdliljan samt ansvarig läkare från oss har en ödmjuk och tydlig förmåga att informera patienterna på rätt sätt.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att hemsjukvården (Vårdliljan) tillsammans med ansvarig läkare att följa den utarbetade rutinen i alla lägen under vårdcentralens öppettider.
Det vi kan se är att vid de få ggr ansvarig läkare för hemsjukvården varit frånvarande har jouren hjälpt till med misstänkta cystiter hos våra inskrivna patienter i hemsjukvården och då har jouren ej följt rutinen. Det kan bli ett nytt arbete kring det samt att jag har bett Strama dra ut statistik gällande cystiter då de kommer till oss 260210.

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?

Det som har varit så bra i detta arbete är just att patienterna är de samma så länge de är inskrivna i vår hemsjukvård. Vi lär känna deras symtom samt kan undervisa i hur de själva kan påverka eventuella symtom med hjälp av egenvård.
Vi har helt enkelt fyllt på kompetensen även hos våra patienter.

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.

Rutinen gäller för samtliga sköterskor som arbetar hos Vårdliljan samt hos ansvarig läkare från vårt håll, i nuläget är det en väl inarbetad rutin då inga personalförändringar skett.
Jag har per mail skickat länk till Vårdliljan där de kan fortsätta att höja sin kompetens.
Bifogar länken.

<https://janusinfo.se/behandling/stramastockholm/informationsmaterial/filmerominfektioneriprimaryvard/filmer/akutcystithosaldre.5.7981e3716aa48dd0e47be0c.html>

Strama har fått tagit del av detta arbete i samband med att vi skickade in material för att bli en antibiotikasmart vårdcentral.
Vi fick vårt diplom i november 2025, bifogar diplommet.

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.