

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Södertälje VC palliativ vård i hemmet 2025 del 1

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Södertälje vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Roswitha Abelin
Verksamhetschef Ulrika Graan	Verksamhetschefens e-post Ulrika.graan@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Linda Jansson	Kontaktpersonens e-post linda.jansson@regionstockholm.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.sls@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:
Namn: Linda Jansson Profession: Distriktssköterska

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: Linda Jansson, Distriktssköterska, enhetschef hemsjukvård
Sofia Bill, Sjuksköterska, hemsjukvård
Milad Denno, specialist i allmänmedicin
Kati Palmroth, undersköterska, hemsjukvård
Sahar Ayoob, specialist inom allmänmedicin, hemsjukvårdsläkare

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

B: Genom att involvera patienten och prata om önskemål hur varje enskild patient vill att den palliativa vården ska formas just för den. Att hela tiden följa upp och förändra enligt patientens önskemål. Hur vården formas skrivs i vårdplanen för patienten och justeras kontinuerligt om patienten uttrycker ändrade önskemål.

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.

Vår population blir större och äldre. Fler och fler äldre vill vårdas hemma i livets slutskede. Vi ser även att vi vårdar allt svårare sjuka i hemmet då asih i sin tur vårdar allt fler svåra sjuka och det finns ett fåtal platser på korttidsboenden och VÅBO.

Ett arbete påbörjades år 2024 utifrån God och Nära vård med palliativ vård i hemmet. Vi har redan startat ett palliativt nätverk mellan primärvård och omsorg.

Det vi ser saknas är tydliga riktlinjer/rutiner för hur vi möter dem patienter som önskar palliativ vård i hemmet inom den basala hemsjukvården. Vi ser att vi har behov av stöttning av palliativ specialistläkare. Vi ser att hemsjukvårdspersonalen saknar den kompetens som behövs i det nya arbetssättet vi håller på att implementera. Vi måste se till att alla professioner har kompetens inom palliativ vård för att kunna erbjuda en god och säker palliativ vård.

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.

Palliativ vård i hemmet i hemsjukvård

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:

Ökad kunskap och medvetenhet gällande palliativ vård i hemmet r/t medarbetare
 Ökad trygghet för våra patienter genom att vi vågar fråga patienter om deras önskemål om sin sista tid i livet för att kunna ge rätt vård, stöd och hjälp.
 Att den patient som vill ska kunna vara kvar hemma i livets slut och få en god och trygg vård.
 Att involvera närstående och kunna erbjuda trygghet och stöttning

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: Journalför felaktigt

1.1: rätt sökord
 1.2: rätt omvårdnadsmall
 1.3: KVÅ/Diagnos

2: Frågar ej patienter om önskemål

2.1: erbjudande om utbildning
 2.2:
 2.3:

3: Bristande kompetens

3.1: erbjudande om utbildning
 3.2: skriva en lokal rutin
 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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Brytpunktssamtal av läkare, mäts utifrån kvåkod "xv018"	0st	Feb, 2025	4st	Medrave	31 dec 2025
Indikator 2	Utbildning usk i palliativ vård	0st	Feb, 2025	3st	utbildning	30 sept 2025
Indikator 3	Palliativ rond	1st	Feb, 2025	4st	Tidbock i TC	31 dec 2025
Indikator 4	Rutin palliativ vård	0	Feb, 2025	1st	Hemsjukvårdsteamet +MLA	31 dec 2025
Indikator 5	Vårdplan för palliativ vård med patienters önskemål och ändrade önskemål	0	Feb, 2025	4st	TC	31 dec 2025

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 effekter? Vilka slutsatser kan ni dra?

- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Planera:

- Söka fram olika utbildningar inom palliativ vård som är aktuella för samtliga personalkategorier i hemsjukvård görs av Kati Palmroth och Linda Jansson
- Boka palliativa ronder kontinuerligt görs av Sahar Ayoob
- Start av lokal rutin görs av Linda Jansson

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

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

Hemsjukvården startade upp arbetet i mars 2025 att genomföra webbutbildningar som finns på Palliativt kunskapscenter som Palliativ vård – en introduktion, Undersköterskans roll i Palliativ vård, Vardagen och döden om ett livsviktigt perspektiv som inte får tas för givet plus andra små webbutbildningar som finns på Palliativt kunskapscenter. En undersköterska gick fysisk utbildning i Samtal i vården – undersköterskans möten i palliativ vård. En psykoterapeut på vårdcentralen anordnade en tre timmars utbildning i svåra samtal där samtlig hemsjukvårdspersonal deltog. Broschyr till närstående har tagits hem "Till dig som är närstående" av Betaniastiftelsen som ett komplement till broschyren "När någon avlidit – till dig som närstående, information och praktiska råd" av Region Stockholm som vi redan använder.

Vi har genom God och Nära vård skapat en djupare samverkan mellan hemtjänst och capio hsv sydväst gällande våra palliativa patienter. Vi informerar hemtjänst att patienten är i sent palliativt skede och vilka kontaktvägar dem har när dem behöver råd och stöd. Södertälje kommun har palliativa ombud och har under året fortsatt att utbilda ytterligare personal. Södertälje kommun har även vak i hemmet som sätts in vid behov. Vi skickar remiss till capio hsv sydväst innehållande patientens hälsotillstånd samt bokar tillsynsbesök ifall eventuella läkemedel behöver ges.

Vi har startat upp brytpunktssamtal genom att sjuksköterskan först träffar patienten och gör en bedömning. Därefter åker läkaren hem till patienten och eventuella närstående och har brytpunktssamtal vilket vi har fått positiv återkoppling på av både patient och närstående. Detta har gjort både patient och närstående tryggare och säkrare på att dem kommer att kunna vara hemma till slutet.

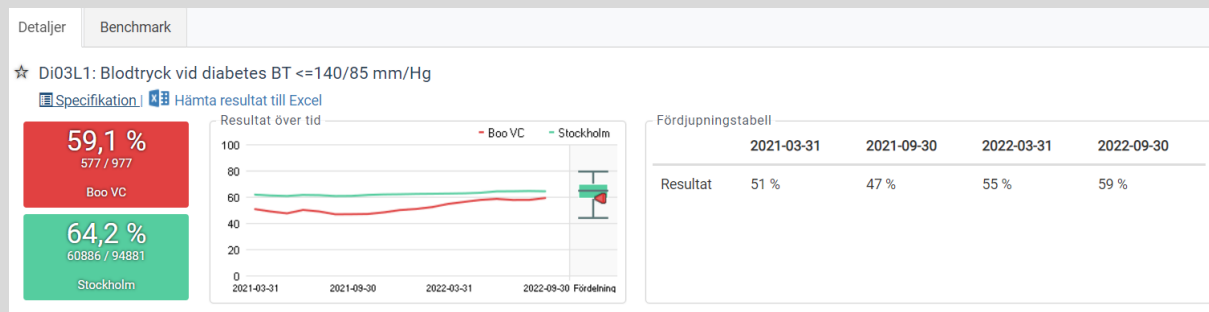
Efter att brytpunktssamtalet har genomförts planerar sjuksköterskan dagliga besök till patienten, minst 1 gång/dag beroende på hur patienten mår och om patienten behöver palliativa läkemedel.

Vi har haft palliativa ronder med palliativ konsult vilket gett en ökad kunskap och trygghet framför allt för vår hemsjukvårdsläkare i dennes beslut och vidare omhändertagande.

Vi har upprättat en rutin gällande Palliativ vård i hemmet.

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	Brytpunktssamtal av läkare, mäts utifrån kvåkod "xvo18"	ost	Feb, 2025	4st	3st	Medrave	31 dec 2025
Indikator 2	Utbildning usk i palliativ vård	ost	Feb, 2025	3st	5st	utbildning	30 sept 2025
Indikator 3	Palliativ rond	1st	Feb, 2025	4st	6st	Tidbok i TC	31 dec 2025
Indikator 4	Rutin palliativ vård	ost	Feb, 2025	1st	1st	Hemsjukvårdsteamet +MLA	31 dec 2025

Indikator 5	Vårdplan för palliativ vård med patienters önskemål och ändrade önskemål	ost	Feb, 2025	4st	2st	TC	31 dec 2025
--------------------	--	-----	-----------	-----	-----	----	-------------

Övriga kommentarer:

Indikator 1 – Det ses i TC att hemsjukvårdsläkaren har haft fler brytpunktssamtal än 3 vilket har dokumenterats i text men ej dokumenterat med kvåkod.

Indikator 5 – Det ses i TC att en vårdplan för patienterna har skrivits, tyvärr finns ingen renodlad mall för palliativ vård. Senaste delen av året valde vi att diagnossätta dessa dokumentationer med Palliativ vård "Z515" för att lättare särskilja den dokumentationen från annan.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att ett nytt arbetssätt tar tid att lära sig och komma in i. Att döden inte är så självklar som vi tror. Men i och med implementeringen så kommer vi mer och mer in i det och det kommer bli en självklar del av vår vård i hemsjukvården. Det är viktigt att diskutera den palliativa vården så att vi alla har samma förhållningssätt. Vi ser även att vi måste hjälpas åt så att dokumentationen blir rätt.

Vi har under året haft svåra samtal med patienter och närstående vilket vi upplever går bättre och bättre. En framgångsfaktor är att även undersköterskorna har fått utbildning i svåra samtal vilket gjort dem mer trygga och rustade när dem möter detta i hemmet. Vi ser fortfarande att stor del av våra patienter och/eller närstående inte riktigt litar på att den basala hemsjukvården klarar av palliativ vård, den allmänna uppfattningen är att det borde vara asih:s ansvar. Vi har även stött på detta av vårdpersonal som har denna uppfattning.

Vi har arbetat fram en rutin som inte helt har hunnit implementerats men som kommer ligga som en bra grund till vårt fortsatta arbete.

Dem palliativa ronderna har även dem varit en framgångsfaktor för vårt arbete då den palliativa konsulten stöttat med rådgivning om hur vi ska lägga upp patientens vård i livets slutskede.

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 under året, framför allt hemsjukvårdsläkare och sjuksköterskor, vågat ta dem svåra samtalen och informerat om att vi arbetar med palliativ vård i hemmet och vad det innebär. Vi har fått fin feedback på detta av patienter och närstående. Vi har involverat patienten i vården vilket har gjort att även personalen har känt sig tryggare i beslut som tagits. Vi har omvärderat beslut om patienten har uttryckt en annan vilja. Patienter har uppgett att det känns bra att få vara med att bestämma hur sin sista tid ska se ut och dem är medvetna om att dem kan ändra sig när som helst.

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 kommer att fortsätta implementeringen med palliativ vård och göra det till en naturlig del av vår hemsjukvård. Vi har inte helt uppnått önskade resultat vilket vi kommer fortsätta sträva mot. Vi kommer att gå igenom rutinen och diskutera för att hålla den levande på hemsjukvårdsmöten men även på APT med hela vårdcentralen så att alla är insatta.

Vi kommer att iordningsställa palliativa mappar innehållande signeringslistor, informationsmatreal samt rutinen för att säkerställa att det blir korrekt från början.

Dem undersköterskor som inte har gått Svåra samtal genom PKC ska göra det under 2026.

All ny hemsjukvårdspersonal ska gå webbutbildning i palliativ vård på PKC.

Vi arbetar vidare med att dokumentationen för att vårdplanerna ska bli mer tydliga.

Vi planerar att implementera "samtal vid allvarlig sjukdom" innan brytpunktssamtalet vilket kommer ge patienten och närstående ännu mer förståelse och tid för acceptans.

Ett nytt arbetssätt tar tid och vi har under året kommit en bra bit på väg. Den palliativa vården i livets slutskede i basal hemsjukvård är ej konstant vilket gör att vi behöver hålla arbetssättet levande för att inte förlora vår kunskap, kompetens och förståelse. Dock ser hela hemsjukvårdsgruppen detta som ett viktigt och fint arbetssätt och är engagerade för att det ska bli ännu bättre än det vi har kommit idag.

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.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.