

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: *Hemsjukvården*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Tureberg Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Kristina Persson
Verksamhetschef Céline Nordin	Verksamhetschefens e-post celine.nordin@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Céline Nordin	Kontaktpersonens e-post celine.nordin@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](mailto: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: Céline Nordin
Profession: Sjuksköterska och verksamhetschef

**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: Aso Said, specialist i allmänmedicin och MLA  
Joakim Grimmell, specialist i allmänmedicin  
Malin Keyson, DSK i hemsjukvården  
Sara Eriksson, sjuksköterska och samordnare i hemsjukvården  
Céline Nordin, sjuksköterska och verksamhetschef

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

B: Vi kommer att utvärdera arbetet genom en patientenkät under oktober och november 2025 där patienten får svara på ett par frågor och har möjlighet att delge sina åsikter. Utöver det även en löpande dialog och utvärdering med patienterna under året, i samband med besök.

### **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 i nuläget en hemsjukvård med omkring 90 inskrivna patienter. I nuläget arbetar en DSK, en samordnande sjuksköterska samt fyra undersköterskor dagligen med dessa patienter. Det finns i nuläget ingen fast läkare som är ansvarig för hemsjukvården utan patienterna är fördelade på vårdcentralens specialister inom allmänmedicin.

Under hösten 2024 gjordes en punktinsats gällande läkemedelsgenomgångar i HSV av konsultläkare då dessa inte genomförts under året. Vi ser här att vi behöver utforma en rutin kring detta för att säkerställa att patienterna får dessa genomgångar årligen. Även säkerställa att alla hemsjukvårdspatienter har en ansvarig läkare.

I nuläget finns ingen rutin kring riskbedömningar för dessa patienter. Även detta vill vi skapa en rutin för så att dessa görs systematiskt.

<p><b>Val av tema för förbättringsarbetet:</b></p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>	
<p>Hemsjukvården – utveckla arbetet kring årliga läkemedelsgenomgångar, fast läkarkontakt för patienterna samt en rutin och ett arbetssätt för systematiska riskbedömningar hos dessa patienter. Detta för att vi vill säkerställa att vi arbetar patientsäkert och med god kvalitet.</p>	
<p><b>Mål (Vad vill ni uppnå?)</b></p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?  Länk till "Målformulering": <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a>  <b>Formulera här era mål:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Årliga läkemedelsgenomgångar för samtliga hemsjukvårdspatienter.</b></li> <li>- <b>Systematiska riskbedömningar och vårdplaner för patienterna.</b></li> <li>- <b>Att alla hemsjukvårdspatienter ska vara listad på namngiven läkare.</b></li> </ul>	
<p><b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b></p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p>	<p><b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b></p> <p>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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</a></p>
<p>1: Brist på fastanställda läkare på VC samt tidsbrist</p>	<p>1.1: Fortsatt rekrytering  1.2: Avsatt tid för planering och strukturering kring pålistning  1.3:</p>
<p>2: Bristande rutiner inom områdena.</p>	<p>2.1: Upprätta skriftliga rutiner kring läkemedelsgenomgångar, riskbedömningar och vårdplaner.  2.2: HSV-ronder för att införa rutiner och hitta en struktur och ett samarbete kring patienterna.  2.3: Involvera undersköterskor i rutinerna för att de ska kunna upptäcka och påtala behov av exempelvis fallrisk- eller nutritionsbedömning.  2.4: Avsatt tid för DSK att arbeta med riskbedömningar</p>
<p>3: Bristande kunskaper inom områdena.</p>	<p>3.1: Digitala föreläsningar från APC för undersköterskor och sjuksköterskor/DSK  3.2: Utbildning på SeniorAlerts hemsida för undersköterskor och sjuksköterskor/DSK</p>

3.3: Samverkansmöten för DSK tillsammans med andra vårdcentraler i Sollentuna för att utbyta kunskaper och rutiner.

### 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.**

	<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 mål - värdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter i HSV som fått en läkemedelsgenomgång det senaste året.	70%	Feb 2025	100%	Sammanställning från ansvariga HSV samt journaler	Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter där riskbedömning kring fall, nutrition eller trycksår genomförts de senaste 6 mån.	25%	Feb 2025	100%	Sammanställning från ansvariga HSV samt journaler	Dec 2025
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter listad på namngiven läkare.	34%	Feb 2025	100%	ListOn	Okt 2025
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

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

- Upprätta skriftliga rutiner för årliga läkemedelsgenomgångar och systematiska riskbedömningar.
- Påbörja arbetet med fast läkarkontakt genom pålistning av patienter
- Involvera och utbilda undersköterskorna gällande riskbedömningar och uppmuntra till att påtala behov av dessa.

**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)**

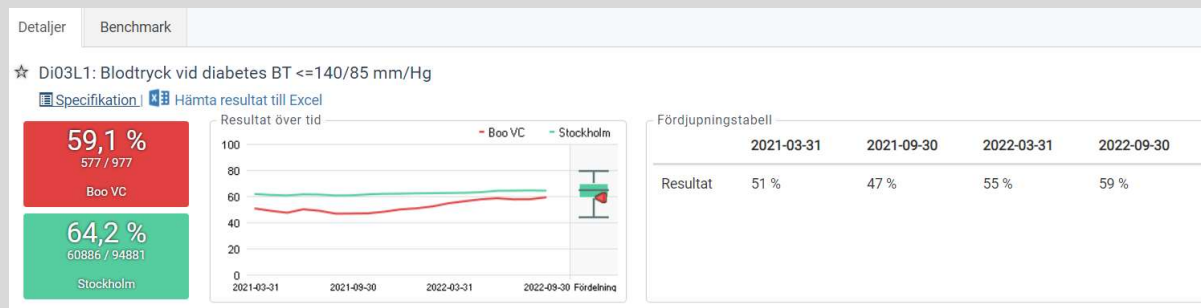
**Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

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

- Aktiv rekrytering av läkare under året. Arbetat mer systematiskt med marknadsföring av VC samt haft en spontanansökan ute för allmänspecialist under hela året. Resultatet i tre nya allmänspecialister och en legitimerad läkare under 2025.
- Sett över och säkerställt att samtliga hemsjukvårdspatienter har en PAL som de är listade på.
- Ronder varje vecka med PAL och ssk/dsk har införts.
- SSK, DSK och verksamhetschef har gått utbildning i systemet Senior Alert för att fördjupa kunskapen kring systematiskt arbete med riskbedömningar.
- Samtliga undersköterskor har gått Senior Alerts grundutbildning för att fördjupa kunskapen i det förebyggande arbetet för att förebygga vårdskador.
- Rutiner och planering kring årliga läkemedelsgenomgångar och systematiska riskbedömningar har upprättats av dsk/ssk.
- Behovet och vikten av att genomföra riskbedömningar har lyfts på HSV-möten.
- SSK och DSK har deltagit på samverkansmöten med andra VC i kommunen under året och utbytt erfarenheter.
- Arbetet med vårdplaner och hur dessa ska dokumenteras är pågående och kommer att utvecklas vidare under 2026.

## 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
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter i HSV som fått en läkemedelsgenomgång det senaste året.	70%	Feb 2025	100%	98,5%	Sammanställning från ansvariga HSV samt journaler	Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter där riskbedömning kring fall, nutrition eller trycksår genomförts de senaste 6 mån.	25%	Feb 2025	100%	100%	Sammanställning från ansvariga HSV samt journaler	Dec 2025
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter listad på	34%	Feb 2025	100%	100%	ListOn	Dec 2025

	namngiven läkare.						
<b>Indikator 4</b>							<i>T.ex. dec 2025</i>
<b>Indikator 5</b>							<i>T.ex. dec 2025</i>

**Övriga kommentarer:**

Patientenkät (se bifogat dokument) delades ut till patienter under november med följande fyra frågor:

1. Har du haft en årlig läkemedelsgenomgång med läkare under 2025?
2. Känner du dig trygg med den hjälp du får av hemsjukvården?
3. Om du har frågor och/eller funderingar eller om något mer akut händer, vet du hur du kommer i kontakt med oss?
4. Har du några övriga synpunkter?

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vikten av kontinuitet i hemsjukvården. Att PAL, distriktssköterska, sjuksköterska och undersköterskor känner patienten gör att avvikelser och eventuella risker uppmärksammas tidigare och kan åtgärdas, vilket är avgörande för att kunna ge en god och patientsäker vård. Kontinuiteten minskar även arbetsbelastningen och det blir mer lättarbetat när medarbetarna känner patienten.

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?

Kontinuerlig dialog med patienterna under året för att utbilda även dem i risker och vikten av deras delaktighet i vården. I den dialogen även uppmuntrat patienterna att de själva ska påtala förändringar i mående och eventuella risker och symtom som de själva ser och märker av.

Patientenkät delades ut till 25 slumpmässigt utvalda patienter under november 2025 för utvärdering – se bilaga.

Visade mycket goda resultat där samtliga patienter besvarade fråga ett och två med ”Ja”. En patient besvarade fråga tre med ”Nej” och detta har nu åtgärdats genom information till patienten. Under övriga synpunkter uttrycktes enbart positiva kommentarer som ”Nöjd!”, ”Alla är trevliga mot mig, kunniga” och ”Det fungerar väldigt bra”.

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 med upprättade rutiner kring listning, årliga läkemedelsgenomgångar och riskbedömningar samt arbeta vidare med rutin kring vårdplaner. Utöver det kommer vi även att säkerställa kontinuerlig fortbildning gällande riskbedömningar för våra undersköterskor, sjuksköterskor och distriktssköterskor för att bibehålla en god kvalitet och patientsäkerhet.

För de patienter som inte haft sin läkemedelsgenomgång under 2025 har det funnits förklarliga skäl i form av att patienten varit inlagd eller nyinskriven i hemsjukvården under hösten och planerad för läkemedelsgenomgång under januari 2026.

**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](mailto: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.