

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Bättre kontroll på patienter med kroniska diagnoser

Information om husläkarmottagningen	
Namn på vårdenhet Capio Vårdcentral Gullmarsplan	Namn på er Informationsapotekare Rojin Rajabian Söderlund
Verksamhetschef Lisa Mardon	Verksamhetschefens e-post Lisa.mardon@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Agneta Cruz Rojas	Kontaktpersonens e-post agneta.cruzrojas@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.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

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: Agneta Cruz Rojas
Profession: ST-Läkare

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:

Agneta Cruz Rojas- ST Läkare
Mattias Eirefelt- Allmänspecialist
Lisa Mardon- Verksamhetschef

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

B:

Vid varje årsbesök görs en kort intervju med frågorna:

Är du nöjd med ditt besök?

Fick du tillräckligt med information?

Är det något vi kan förbättra?

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.

Relativt stort antal patienter (ca 150 enligt allmänna kontrollistan) med kroniska sjukdomar som berör förmaksflimmer, genomgången stroke, koronar hjärtsjukdom, hjärtsvikt, perifera artärsjukdom och kronisk njursvikt, som vi inte har kontroll på (besök, kontakt inom 18 månader) Vi ligger under snittet i Stockholm på flera kvalitetsparametrar avseende behandling med läkemedel till personer med dessa kroniska sjukdomar.

Adekvat behandling av personer med kroniska tillstånd är en viktig del av primärvårdens uppdrag och kan förbättra livskvalitet och minska dödlighet.

Vi vill uppnå en bättre kontroll av våra kroniker och i högre grad ge dem behandling enligt riktlinjer. I våra indikatorer har vi valt att fokusera på förmaksflimmer och koronar hjärtsjukdom då vi ligger sämre till jämfört med Capios vårdcentraler i region Syd

I förlängningen hoppas vi kunna med hjälp av MedRave kunna kalla patienter i högre grad proaktivt.

Med hjälp av digitala hjälpmedel involvera patienterna i ännu högre grad i deras behandling och uppföljning (exempelvis egenkontroller, frågeformulär)

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.

Bättre kontroll och behandling av patienter med *kroniska sjukdomar som berör förmaksflimmer, genomgången stroke, koronar hjärtsjukdom, hjärtsvikt, perifera artärsjukdom och kronisk njursvikt.*

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:

Vi vill nå alla våra patienter med de kroniska sjukdomarna som berör förmaksflimmer, genomgången stroke, koronar hjärtsjukdom, hjärtsvikt, perifera artärsjukdom och kronisk njursvikt.

Vi vill kunna erbjuda dessa patienter adekvat läkemedelsbehandling enligt riktlinjerna, vilket oftast är antitrombotisk behandling och antikoagulantia vid hjärt- och kärlsjukdomar.

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/>

1: Ej optimal struktur för kallelsesystem/kontroller av kroniker.

2: Ökad kunskap om aktuella behandlingsriktlinjer kan behövas

3:

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/>

1.1: Kartläggning mha Medrave och journalgenomgångar
1.2: Översyn av kallelsesystem i samråd med distrikts och sjuksköterskor som driver sköterskeledda mottagningar (Väntelistor/digital uppföljning/kallelser)
1.3:

2.1: Utbildningsinsatser, externa och interna
2.2:
2.3:

3.1:
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>Antal patienter med tidigare diagnos kroniskt tillstånd (definition enligt ovan) som ej fått diagnos satt senaste 18 månaderna</i>	151	250213	<20	MedRave. Allmänna kontrollistorna	Januari 2026
Indikator 2	<i>Andel patienter med förmaksflimmer som behandlas med antikoagulantia Föo2H</i>	77,1%	250218	84%(snitt för Stockholm)	Primärvårdskvalitet	Januari 2026
Indikator 3	<i>Andel patienter med kranskärslsjukdom som behandlas med trombocythämmare och/eller antikoagulantia Kr04</i>	71,1%	250218	82% (snitt för Stockholm)	Primärvårdskvalitet	Januari 2026

Kommentar (valfritt):

Vi har valt att fokusera på antikoagulantibehandling då vi ligger tydligt under snittet för Stockholm. Tänker att vi inte skall ligga under snittet varför vi valt detta som mål

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?

Vi tror oss ha god uppfattning hur vi skall göra.

- *Initialt via MedRave kartlägga de kroniker som vi inte kontrollerat på länge.*
- *Journalgenomgång.*
- *Kalla patienter där kontroller behövs.*
- *Uppdatera personalgruppen angående gällande riktlinjer, uppmärksamma där ökade/ändrade behandlingsinsatser behövs.*
- *Regelbundet följa kontrollistan och Primärvårdskvalitet*

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

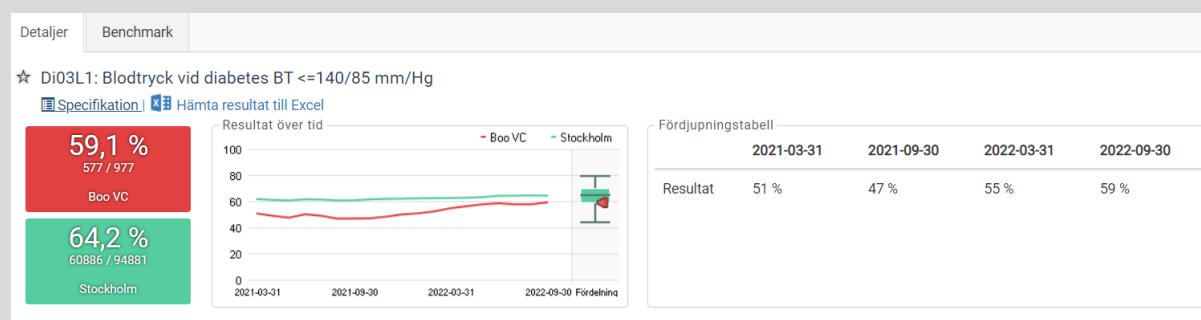
Under året har vi testat att hypertoniomottagningen med hypertonisköterska träffar patienter med hypertoni som då oftast även har de ovanstående kroniska sjukdomarna och enligt vårt vårdprogram genomför kontroller av parametrar, läkemedel, informerar och följer upp. De patienter som behöver träffa läkare, bokas in till sin respektive PAL.

Dessa patienter följs delvis upp årligen av sina PAL vid förnyelse av sina recept, med kontroller, parametrar.

Vi har haft föreläsare som föreläst för läkargruppen och vår hypertonsköterska kring hjärt- och kärlsjukdomar.

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	<i>Antal patienter med tidigare diagnos kroniskt tillstånd (definition enligt ovan) som ej fått diagnos satt senaste 18 månaderna</i>	151	250213	<20	95	MedRave	260109
Indikator 2	<i>Andel patienter med förmaxflimmer som behandlas</i>	77,1%	250218	84%(snitt för Stockholm)	75,6	Primärvårdskvalitet	260109

	<i>med antikoagulantia Föo2H</i>						
Indikator 3	Andel patienter med kranskärlssjukdom som behandlas med tromboocythämmare och/eller antikoagulantia Kr04	71,1%	250218	82% (snitt för Stockholm)	68,8%	Primärvårdskvalitet	260109
Indikator 4							<i>T.ex. dec 2025</i>
Indikator 5							<i>T.ex. dec 2025</i>
Övriga kommentarer:							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
<p><i>Att det trots mycket arbete är svårt att uppnå de mål vi satt upp. Antalet patienter på kronikerlistan har minskat men långt ifrån vårt mål. Trots våra insatser är det färre patienter som behandlas med antikoagulantia vid förmaksflimmer och kransskärlssjukdom.</i></p> <p><i>Vi följer upp en stor del av våra patienter med dessa kroniska sjukdomar med våra stadgade system men en del ovanstående diagnoser faller tyvärr bort trots att de följs upp antingen hos oss eller hos en specialistmottagning. En del med dessa kroniska sjukdomar utan hypertoni-diagnos har fallit bort från årskontrollerna men följs upp på annat sätt via tex receptförnyelse.</i></p> <p><i>Kunskapsnivån har ökat i personalgruppen efter olika föreläsningar inom berörda områden.</i></p> <p><i>Vi har lärt oss patienterna är nöjda med informationen som ges på årsbesöken avseende information om sjukdomen, vikten av att följa behandlingen och egenvård vid försämring.</i></p>							
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 tar ställning till patienters synpunkter och implementerar de förändringar som krävs. Patienterna känner sig delaktiga i sin sjukdom och i vården efter som de känner sig hörda och har lätt att få kontakt med oss vid behov.

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 behöver följa upp resultaten för försöka ta reda på varför antalet patienter med antikoagulantia inte ökar utan istället minskar. Vi planerar att fortsätta detta kvalitetsarbete på vårdcentralen genom att med hjälp av MedRave gå igenom samtliga patienter med förmaksflimmer och kranskärlssjukdom som inte har antikoagulantia.

Fortsätta med sjuksköterskeledd hypertoniomtagning.

Patienter med dessa kroniska sjukdomar utan hypertoniomtagning skulle behövas adderas på väntelistan till hypertoniomtagningen alternativt påminna läkargruppen om att använda sig av MedRave för att komma åt sina patienter med dessa kroniska sjukdomar som inte följts upp mer än 18 månader.

Eventuellt ändra namnet på hypertoniomtagning till hjärtmottagning för förtydligande till personalgruppen och patienterna om vad som följs, då det mestadels är samma kontroller, parametrar som följs hos alla dessa patienter.

Årligen ge återkoppling till läkargruppen och hypertonsköterskorna med utdrag ur MedRave och primärvårds-kvalité används för att följa upp diagnossättningsgrad och följsamhet till behandlingsrekommendationer.

Utforma digitala frågeformulär årligen för att involvera patienterna i ännu högre grad i deras behandling och uppföljning.

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.