

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Kloka kliniska val inom primärvården

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Fittja vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Roswitha Abelin
Verksamhetschef Jacob Lagercrantz	Verksamhetschefens e-post Jacob.lagercrantz@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Åsa Winther	Kontaktpersonens e-post Asa.winther@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.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 forbattringsarbeten.apc.slso@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: Åsa Winther

Profession: ST-läkare I allmänmedicin

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:

Åsa Winther, ST-läkare i allmänmedicin
Gloria Roque Beraun, specialist i allmänmedicin
Masudur Rahman, specialist i allmänmedicin, MAL
Piyawadee Duangphithakphong Tang, Distriktssjuksköterska

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

B: Dialog med patient under konsultation.

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.

Lågvärdevård definieras som åtgärder eller behandlingar med liten eller ingen nytta för patienten. Lågvärdevård ges ofta genom att rutinmässigt följa vårdprogram utan att ta hänsyn till den individuella patienten. Det kan handla om onödig provtagning eller behandling som inte hjälper mot den aktuella åkomman eller ett lågt förhållande mellan nytta och risk samt åtgärder som inte stöds av tillräcklig evidens. SFAM har nyligen listat fem Kloka kliniska val för primärvården. Vi utgår från den listan och har valt två av fem punkter som vi kommer att jobba med. Vi kommer att arbeta för att 1. minska röntgenundersökningar av knä där indikation saknas samt 2. arbeta för minskad användning av blodfettsanalys.

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.

Lågvärdevård i enlighet med Kloka kliniska val

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:

Genom att fasa ut lågvärdevård då patienten slipper vara med om onödiga undersökningar frigörs resurser till vård som ger värde.

- 1. Minskad användning av blodfettsanalys hos välbehandlad patient med stabila levnadsförhållanden och utan misstanke om förändring av metabolt tillstånd. I nuläget beställs blodfettsanalyser för alla årskontroller av hypertoni och diabetes. Genom patientkännedom bör vi kunna selektera en mindre grupp patienter som det är rimligt att följa med årsvisa blodfettsanalyser.*
- 2. Minskad användning av röntgenundersökning av knä där indikation saknas. Vi kommer att arbeta för att undvika röntgen för att ställa diagnos artros. Fokus kan i stället läggas på fysioterapi och annan behandling som gagnar patienten.*

<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>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/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</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: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</p>					
<p>1: Följa vårdprogram/lokala rutiner utan att ta hänsyn till den individuella patienten</p>	<p>1.1: Identifiera 1.2: I dialog utbilda läkar- och sköterskegrupp 1.3 Utforma nya riktlinjer för årskontroller hypertoni och diabetes, nya riktlinjer för handläggning av patienter som söker för knäsmärta.</p>					
<p>2: Tryck från patienter och anhöriga</p>	<p>2.1: Information 2.2: Dialog</p>					
<p>3: Oro för att bli anmäld, kritik för att inte följa riktlinjer</p>	<p>3.1: Kollegialt stöd</p>					
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>						
<p>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.)</p> <p>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.</p>						
	<p>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka</p>	<p>Nuläge = Startläge (% eller antal)</p>	<p>Datum/period för startläge</p>	<p>Mål (% eller antal)</p>	<p>Källa (t.ex. Med-rave)</p>	<p>Datum för att uppnå målvärdet</p>

Indikator 1	<p><i>Andel blodfettsanalyser hos patienter som står blodfettssänkande läkemedelsbehandling som lämnar prover för blodfettsanalys under en månad. Relation med indikation i förhållande till totala antalet blodfettsanalyser.</i></p> <p><i>Indikation anses finnas vid:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Sekundärprevention efter stroke, hjärtinfarkt.</i> <i>2. Komorbiditet i form av ischemisk hjärtsjukdom, diabetes MED komplikationer, CKD njursvikt med eGFR under 60.</i> <i>3. Misstanke om dålig compliance</i> <i>4. Nedsatt kognitiv förmåga, misstanke om nedsatt kognitiv förmåga.</i> <i>5. Diagnos familjär hyperkolesterolemi</i> <i>6. I oklara fall görs sambedömning av två läkare</i> 	39/76= 51%	250314 - 250413	75%	Medräve och journalgenomgång	Jan 2026
Indikator 2	<p><i>Andel patienter under en period om tre månader som genomgår knäröntgen med indikation i relation till totala antalet knäledsröntgen. Med indikation avses knäsmärta/besvär med anamnes på trauma eller där kirurgisk intervention är trolig, bakomliggande cancer, osteoporos eller andra komplicerande faktor.</i></p>	5/11=45%	250114-250413	55%	Medräve och journalgenomgång	Jan 2026
Indikator 3						
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2025</i>

Indikator 5					<i>T.ex. dec 2025</i>
<p>Kommentar (valfritt):</p> <p><i>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.</i></p>					
<p>Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)</p> <p>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-forbattringstrappa/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 blev som ni tänk? 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? 					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbetsgruppen studerar material, litteratur om Kloka kliniska val från t ex Socialstyrelsen och SLS. Utifrån detta sammanställs ett utkast för workshops och föreläsningar. 2. Genomför workshops och föreläsningar involverande alla personalkategorier med patientkontakt. Finns exempel på lågvårdevård på Fittja vårdcentral? Hur kan vi göra för att fasa ut den/minska? Varför är det viktigt? 					
<p>Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.</p>					
<p>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: forbattringsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se</p>					

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?

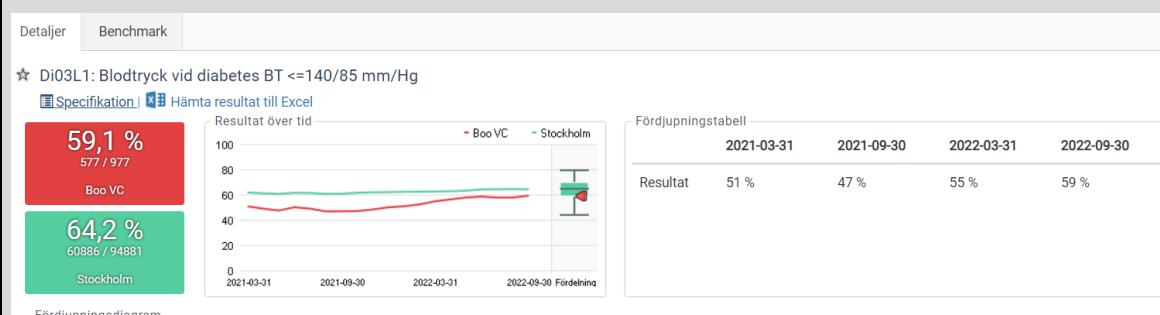
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

1. Informationsmaterial om Kloka kliniska val är uppsatt i väntrum och i personalrum.
2. Föreläsning och workshop för att ta fram nya rutiner och förhållningssätt har hållits vid start av projektet. Ytterligare en workshop genomfördes efter sommaren för att följa upp och utvärdera.
3. Löpande påminnelser till berörda personalkategorier per mejl under perioden.
4. Knäröntgen: Vi har tagit fram en sida med patientinformation om knäartros (vad det är, vilka undersökningar som behövs och behandling). Informationen är skriven på lätt svenska anpassad till vår patientgrupp där de flesta inte har svenska som första språk (bifogas).
5. Lipidanalyser: Vi har skapat nya provtagningspaket för provtagning innan årskontroll (diabetes och hypertoni). Tidigare hade vi paketen Diabetes och Hypertoni där lipidanalys ingick, nu har vi provpaketen, Diabetes, Diabetes utvidgad, Hypertoni och Hypertoni utvidgad där lipidanalyser endast ingår i Diabetes utvidgad och Hypertoni utvidgad. Ansvarig läkare var tvungen att göra ett aktivt val för att få lipidanalyser till besöket.
6. Uppföljning, utvärdering och plan för framtiden genomfördes i början av januari. Tyvärr över mejl då projektansvarig är på randning.
7. Planeras för ytterligare uppföljning i mitten – slutet av mars som fysikst möte (då undertecknad är tillbaka efter randning).

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	<p><i>Andel blodfettanalyser hos patienter som står på blodfetts-sänkande läkemedelsbehandling som lämnar prover för blodfettanalys under en månad. Relation med indikation i förhållande till totala antalet blodfettanalyser.</i></p> <p><i>Indikation anses finnas vid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>7. Sekundärprevention efter stroke, hjärtinfarkt.</i> <i>8. Komorbiditet i form av ischemisk hjärtsjukdom, diabetes MED komplikationer, njursvikt med eGFR under 60.</i> <i>9. Misstanke om dålig compliance</i> <i>10. Nedsatt kognitiv förmåga, misstanke om nedsatt kognitiv förmåga.</i> <i>11. Diagnos familjär hyperkolesterolemi</i> <p><i>I oklara fall görs sambedömning av två läkare</i></p>	39/76 = 51%	250314 - 250413	75%	10/12 = 83%	<i>Med-rave och journalgenomgång</i>	251201 - 251231

Indikator 2	Andel patienter under en period om tre månader som genomgår knäröntgen med indikation i relation till totala antalet knäledsröntgen. Med indikation avses knäsmärta/besvär med anammes på trauma eller där kirurgisk intervention är trolig, bakomliggande cancer, osteoporos eller annan komplicerande faktor. I oklara fall görs sambedömning av två läkare	5/11 = 45%	250114 – 250413	55%	4/7 = 57%	Med-rave och journal genomgång	251001 - 251231
Indikator 3							T.ex. dec 2025
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har sett över och arbetat med våra rutiner och arbetssätt och lyckats dra ned på lågvårdevård under provperioden. Det finns utrymme för ytterligare förbättring, framför allt med avseende på att minska andelen knäröntgen utan indikation. Med nya provtagningsrutiner inför årsbesök har vi effektivt dragit ned antalet lipidanalyser, men det har också inneburit att lipidanalyser har efterbeställts och att patienten då har behövt lämna prover vid två tillfällen, vilket ju så klart bör undvikas.

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 haft en kontinuerlig dialog med patienterna om Kloka kliniska val genom information i väntrum, riktad skriftlig patientinformation samt, så klart, diskussion med patienterna under besöket. Vi uppfattar att de allra flesta patienter är väl införstådda och gärna bidrar till att minska på andelen lågvårdevård.

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 planerar att fortsätta arbeta med rutinerna kring röntgenundersökningar, det finns motivation för detta i läkargruppen. Vi planerar för fortsatta diskussioner/påminnelser på läkarmöten under 2026. Läkargruppen har inte varit lika enig med avseende på hur vi ska göra med lipidanalyser, alla håller helt enkelt inte med om Kloka kliniska vals rekommendationer med avseende på lipidanalyser. Sjuksköterksegruppen, som kallar och beställer prover till årskontroller har varit nöjda och tyckt att det fungerat bra.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 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 forbatteringsarbeten.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.