

Systematiskt förbättringsarbete 2026

Detta är ett förtydligande till Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län - Regelbok.

Förbättringsarbetet ska främja vårdcentralen att bedriva innovativa insatser för att systematiskt förbättra sin verksamhet, utifrån de listade invånarnas/patienternas behov, med påvisbar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv.

Arbetet bedrivs genom ständiga förbättringar och i samverkan med patienter och vårdgivare/aktörer i enhetens närhet.

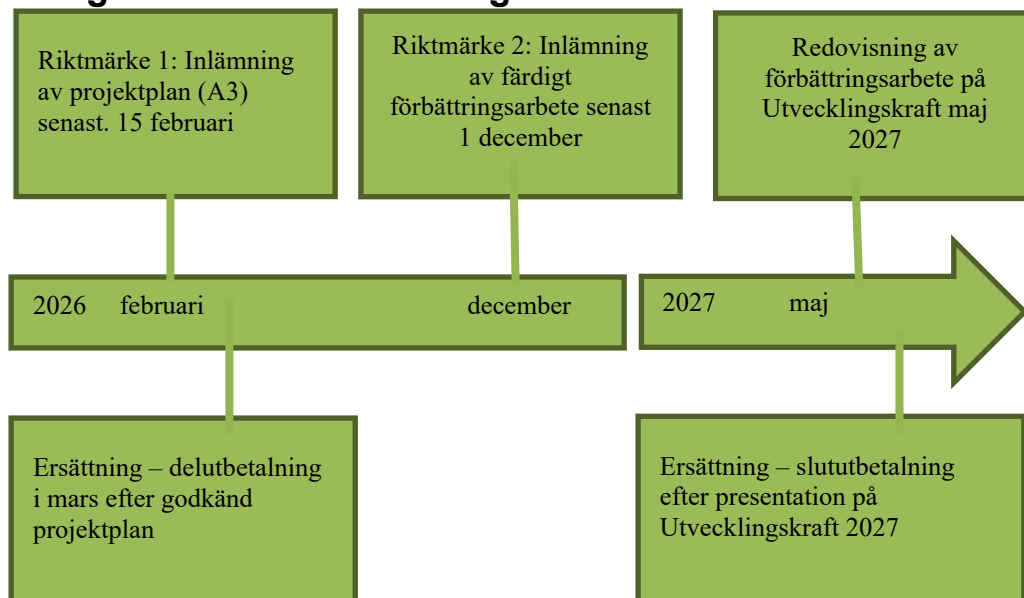
Region Jönköpings län följer upp och betalar ut ersättning för systematiskt förbättringsarbete. För att få full ersättning ska leverantören ha en struktur för att mäta, rapportera och utveckla sin verksamhet genom ett systematiskt förbättringsarbete inom valt förbättringsområde.

Vårdcentralen erbjuds stöd utifrån inlämnade underlag för det systematiska förbättringsarbetet genom coaching inom kvalitets- och patientsäkerhetsmetoder.

Kontakt - det årliga systematiska förbättringsarbetet:

- Jesper Ekberg: jesper.ekberg@rjl.se
- Göran Henriks: goran.henriks@rjl.se
- Helena Hansson: helena.hansson@rjl.se
- Vårdval: vardval@rjl.se

Viktiga datum för förbättringsarbetet



Figur 1 Flödesschema med viktiga datum, denna information redovisas även i kommande textstycken.

Kriterier, bedömning och ersättning för systematiskt förbättringsarbete

Kriterier

Förbättringsarbetet ska främja vårdcentralen att bedriva innovativa åtgärder för att systematiskt förbättra sin verksamhet, utifrån de listade invånarnas/patienternas behov, med påvisbar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv.

Grundläggande kriterier

- Arbetet ska vara systematiskt där identifiering av problem baseras på de listade invånarnas/patienternas behov utifrån påvisbar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv.
- Arbetet ska grunda sig på vårdcentralens ”gap”
- Förbättringsarbetet ska stå i rimlig proportion till vårdcentralens storlek.
- Vårdcentralens uppföljning ska fokusera på uppnådda resultat.

Förbättringsområde

Tema för 2026 baserar sig på det systematiska förbättringsarbetet som har påvisbar patientnytta och involverar berörda patienter/invånare.

Vägledande principer för förbättringsarbetet och som bör vara utgångspunkt för behovs/problembeskrivning:

- Bäst för invånaren. Hur vet vi att gjorda förändringar är förbättringar utifrån Esthers perspektiv?
- Ta ansvar för mitt steg, ge feedback till steget före och underlätta för steget efter . Hur beskriver vi processen utifrån valt förbättringsområde?

- Vi gör det tillsammans. Hur involveras olika yrkesgrupper och funktioner?

Utgångspunkten för valt förbättringsområde sker med hänvisning till någon/några av följande datakällor:

- Primärvårdskvalitet
- Dashboard för förstärkt lokal samverkan. För mer information <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/uppfoljning/statistik2/lokal-samverkan-med-kommuner/>
- Vårdcentralens dashboard
- Länsbarometern. För mer information: <https://www.rjl.se/Tillvaxt-och-utveckling/lansbarometern/>

En ytterligare viktig referens för arbetet är den nationella kunskapsstyrningen. Förbättringsarbete som berör området äldre genomförs med fördel inom Bästa platsen-arbetet.

Support förbättringsarbete

Önskar ni coachning i planeringen av det systematiska förbättringsarbetet, såsom val av förbättringsområde eller målsättning, maila Göran Henriks och Jesper Ekberg. Tveka inte att ta kontakt redan i januari

Förbättringsarbetet ska redovisas skriftligt

Redovisningen av arbetet respektive presentation på Utvecklingskraft ska ske i särskilda mallar likt föregående år. Utvecklingskraft kommer att skicka ut dem till er i god tid.

Bedömning

En styrgrupp bestående av senior strateg Göran Henriks och folkhälsoutvecklare Jesper Ekberg ansvarar att utifrån en samlad riktmärkesstatus följa upp och bedöma behov av åtgärder utifrån vad som krävs vid respektive riktmärke.

Bedömningen graderas i grön, gul eller röd.

- Grön innebär godkänd
- Gul innebär att kompletteringar krävs. Vårdcentralen tar själv vid behov kontakt för stöd och coachning.
- Röd innebär icke godkänd. Vårdcentralen kontaktas för stöd och coachning.

Det valda förbättringsarbetet ska för varje vårdcentral beskrivas utifrån delarna i projektplan, se nedan. Beskrivningen mejlas till vardval@rjl.se inför varje riktmärke.

Riktmarke 1: Inlämning av projektplan (senast 15 februari 2026)

A. Val av förbättringsområde

Valt förbättringsområde ska uppfylla de grundläggande kriterierna samt utgå från förbättringsområde enligt ovan.

B. Bakgrund

- Beskriv varför detta förbättringsområde är valt? Varför just nu? Samt hur det relaterar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv utifrån den listade befolkningens behov.

C. Övergripande mål

Ange:

- vad ska uppnås
- ange mätbara mål
- målen ska vara tidsatta
- behövs delmål?

D. Nuläge

- Beskriv nuvarande situation för valt förbättringsområde, hur arbetar vårdcentralen idag. Redogör för nuvarande resultat/mätvärden för valt område (baslinjemätning).

E. Analys av nuläge

- Beskriv vilka orsakerna är till att nuvarande resultaten ser ut som de gör. Varför når ni inte målbilden?
- Ange idéer och framgångsfaktorer för att nå målet.

F. Prioritering av förändringar som ska testas

- Skriv ner vilka av idéerna/förändringarna som är prioriterade och ska testas, utgå från er analys av nuläget.

Dokument med beskrivning av A-F mejlas till vardval@rjl.se senast den 15 februari 2026

Regionens bedömning riktmarke 1

Grön = godkänd beskrivning finns för A, B, C, D, E, F.

Gul = godkänd beskrivning finns endast för delar av A-F.

Röd = godkänd beskrivning saknas för merparten av A-F.

Riktmärke 2: Inlämning av färdigt förbättringsarbete (senast 1 december 2026)

Analys och summering inför inlämning av färdigt förbättringsarbete

G. Stegen A-F ska vara väl beskrivna

H. Analys och resultat av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet

- Gör en analys gällande vilken omfattning och hur de testade förändringarna har påverkat resultaten.
- Mätningar - redovisa resultat för de testade förändringarna, jämför dessa resultat med er baslinjemätning och övergripande mål samt eventuella delmål. Sammanställ resultaten från flera mätpunkter i en tabell eller ett diagram.
- Finns det andra effekter?

I. Summering

- Utifrån analys och resultat av de genomförda förändringarna.
- Kort sammanfattning av förbättringsarbetet genom att besvara:
 - Vad gjorde ni?
 - Hur gjorde ni?
 - Vilka tips ger ni till annan vårdcentral som vill göra liknande arbete?

Dokument med beskrivning av A-I mejlas till vardval@rjl.se senast den 1 december 2026.

Regionens bedömning riktmärke 2

Grön = godkänd beskrivning finns för A, B, C, D, E, F, G, H, I.

Gul = godkänd beskrivning finns endast för delar av A-I.

Röd = godkänd beskrivning saknas för merparten av A-I.

Redovisning av förbättringsarbete på Utvecklingskraft maj 2027

- Redovisningen av arbetet respektive presentation på Utvecklingskraft ska ske i särskilda mallar likt föregående år. Utvecklingskraft kommer att skicka ut dem till er i god tid.
- Samtliga vårdcentraler ska finnas representerade på plats och redovisa arbetet i seminarieform på Utvecklingskraft.
- En jury utser vilken vårdcentral som tilldelas årets Primärvårdsstjärna. Nominerade vårdcentraler presenterar genomförda förbättringsarbeten på Utvecklingskraft..

Ersättning

Ersättningen för systematiskt förbättringsarbete är en grundersättning på 100 000 kronor samt 10 kronor per listad invånare och år. Ersättningen utbetalas vid två tillfällen.

- Delutbetalning 1 - i mars efter godkänd projektplan
- Delutbetalning 2 - i maj/juni nästkommande år efter redovisning på Utvecklingskraft

Om inlämning av färdigt förbättringsarbete, riktmärke 2, den 1 december, ej uppfylls, kan delutbetald ersättning från mars återkrävas.