

Typ 2 diabetes på Capho Vårdcentral Rågsved

-Vad vet vi om patienterna med HbA1c > 70 mmol/mol?

Peter Bety, ST-läkare på Capho Vårdcentral Rågsved

Oktober 2016

peter.bety@hotmail.se

Klinisk handledare: Saad Al Kadhi, specialistläkare, Capho Vårdcentral Rågsved

Vetenskapliga handledare: Eva Toth-Pal, specialist i allmänmedicin, med. dr. Liljeholmens akademiska vårdcentral.

Sammanfattning

Bakgrund: Globalt lever cirka 366 miljoner människor med diabetes, en kronisk folksjukdom med hög komplikationsrisk. Typ 2 utgör cirka 90 % av dessa. Det finns cirka 380 000 människor med diabetes i Sverige. HbA1c är en betydelsefull metod för att följa diabetes. Enligt Socialstyrelsen ska antalet patienter med HbA1c > 70 mmol/mol inte överstiga 10 % av typ 2 diabetiker i primärvården. Behandlingen för dessa patienter är individuell.

Syfte: Att kartlägga val av behandling hos patienter med typ 2 diabetes och HbA1c > 70 mmol/mol på Capio Vårdcentral Rågsved och studera om det fanns skillnad i behandlingen mellan könen. Samt att undersöka om vårdcentralen uppfyllde Socialstyrelsens målnivå avseende andel patienter med HbA1c > 70 mmol/mol och om det fanns en individuell behandlingsplan och uppföljningsplan för dem.

Metod: Kvantitativ retrospektiv journalstudie, inkluderade patienter över 18 år, listade på vårdcentralen med registrerad diagnos typ 2 diabetes och senaste HbA1c > 70 mmol/mol under perioden 2015-05-01 och 2016-10-31.

Resultat: Studiepopulationen bestod av 39 patienter av 353 (11 %) med typ 2 diabetes. Behandling med andra blodglukossänkande medel var vanligare för män än kvinnor medan kombinationsbehandling med tablett och insulin var vanligare för kvinnor än män. För behandlingsalternativen insulin samt motion och kost fanns ingen könsskillnad. En individuell behandlingsplan fanns noterad i journalen hos 28 (72 %) patienter och en uppföljningsplan hos 22 (56 %).

Slutsats: Capio Vårdcentral Rågsved uppfyllde Socialstyrelsens målnivå avseende andel patienter med HbA1c > 70 mmol/mol. Det finns möjligheter för förbättring av diabetesvården på vårdcentralen gällande individuell behandlingsplan och uppföljningsplan.

MeSH-termer

Typ 2 diabetes, HbA1c, individuell behandlingsplan, uppföljningsplan.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	-----	2
MeSH-termer	-----	2
Bakgrund	-----	4
Syfte	-----	5
Frågeställningar	-----	5
Material och metod	-----	5
Statistik	-----	7
Etiska överväganden	-----	7
Resultat	-----	8
Diskussion	-----	10
Slutsats	-----	12
Referenser	-----	13
Bilagor	-----	15

Bakgrund

Diabetes är en folksjukdom och delas in i typ 1 och typ 2 diabetes (1). Globalt lever cirka 366 miljoner människor (2016) med diabetes (2) och de har ökad risk för mikrovaskulära komplikationer som skador på nerver, ögon och njurar samt makrovaskulära komplikationer som stroke och hjärtinfarkt (3). Typ 2 diabetes utgör cirka 90 % av diabetes (4) och kännetecknas av nedsatt insulinsekretion, ökad insulinresistens samt ett ökat insulinbehov i kroppen som är mer än vad bukspottkörteln klarar att producera (5).

Enligt Nationella Diabetesregistret (NDR) har typ 2 diabetes en prevalens på ungefär 4-5 % i Sverige. Det finns cirka 380 000 människor registrerade med diabetes i Sverige (6). Typ 1 diabetes tas oftast om hand på sjukhusen och typ 2 diabetes i primärvården (6).

Ett bra omhändertagande av patienter med typ 2 diabetes på vårdcentralen medför en minskad risk för komplikationer. En betydelsefull metod för att följa diabetes är bland annat att bevaka Hemoglobin A1c (HbA1c) som reflekterar den genomsnittliga blodsockernivån de tre senaste månaderna innan provtagning (7).

Höga HbA1c värden är starkt förknippade med en ökad risk för komplikationer (8). Enligt socialstyrelsen är patienter med HbA1c > 70 mmol/mol en högriskgrupp för att drabbas av komplikationer (9) och enligt deras nationella riktlinjer för diabetesvård ska dessa patienter aktivt behandlas ner till lägre nivåer. Behandlingen ska vara individuell och utformas utifrån bedömning av nytta och risk. Nyttan är framförallt prevention av komplikationer, däremot är svåra hypoglykemier en stor risk. Enligt Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för diabetesvård* bör antalet typ 2 diabetiker i primärvården som har HbA1c > 70 mmol/mol inte överstiga 10 % av totalantalet typ 2 diabetiker. Detta är en av de 21 kvalitetsindikatorer med en mätbar målsättning som speglar god diabetesvård (10).

Idag har vi på Capho Vårdcentral Rågsved totalt 384 patienter med typ 2 diabetes. Det är däremot inte känt hur stor andel av dessa patienter som har ett HbA1c > 70 mmol/mol. Det är inte känt vilken behandling patienter med HbA1c > 70 mmol/mol får med avseende på insulin, andra blodglukossänkande medel, kombinationsbehandling, respektive enbart motions- och kostbehandling, samt om behandlingen skiljer sig mellan kvinnor och män. Det är inte heller känt hur stor andel av patienter med HbA1c > 70 mmol/mol på Capho

Vårdcentral Rågsved har fått en individuell behandlingsplan utifrån bedömning av nytta och risk. Eftersom patienter med typ 2 diabetes med HbA1c > 70 mmol/mol är en prioriterad grupp och har en hög risk för mikrovaskulära och makrovaskulära komplikationer, är det viktigt att undersöka hur denna grupp av patienter på Capio Vårdcentral Rågsved tas om hand med syfte på förbättrad blodsockerkontroll för att förebygga diabeteskomplikationer (11).

Syfte

Syftet med denna studie var att kartlägga val av behandling hos patienter med typ 2 diabetes som har HbA1c > 70 mmol/mol på Capio Vårdcentral Rågsved under perioden 2015-05-01 och 2016-10-31 samt studera om det finns någon skillnad i behandlingen mellan könen. Syftet var också att undersöka om vårdcentralen uppfyllde Socialstyrelsens kvalitetsindikator gällande andel patienter med HbA1c > 70 mmol/mol samt om det fanns en individuell behandlingsplan för dem.

Frågeställningar

- 1- Hur stor andel av patienterna med diagnos typ 2 diabetes har HbA1c > 70 mmol/mol på Capio Vårdcentral Rågsved?
- 2- Hur stor andel av patienterna med typ 2 diabetes och HbA1c > 70 mmol/mol står på insulin, andra blodglukossänkande medel, kombinationsbehandling eller motions- och kostbehandling?
- 3- Finns det skillnad mellan könen vid val av behandling enligt frågeställning 2 vid typ 2 diabetes och HbA1c > 70 mmol/mol?
- 4- Hur stor andel av patienterna med diagnos typ 2 diabetes och HbA1c > 70 mmol/mol har en individuell behandlingsplan och uppföljningsplan noterad i journalen?

Material och metod

Detta var en journalbaserad, kvantitativ retrospektiv studie. Materialet hämtades från Capio Vårdcentral Rågsved, en medelstor vårdcentral med 8800 patienter listade i oktober 2016. Data för frågeställning 1-3 samlades in från journalsystemet Take Care med hjälp av sökverktyget MedRave4. För att besvara frågeställning 4 granskades patientjournalerna manuellt och journalanteckningar närmast provtagningen med det höga HbA1c värdet lästes igenom.

Inklusionskriterier

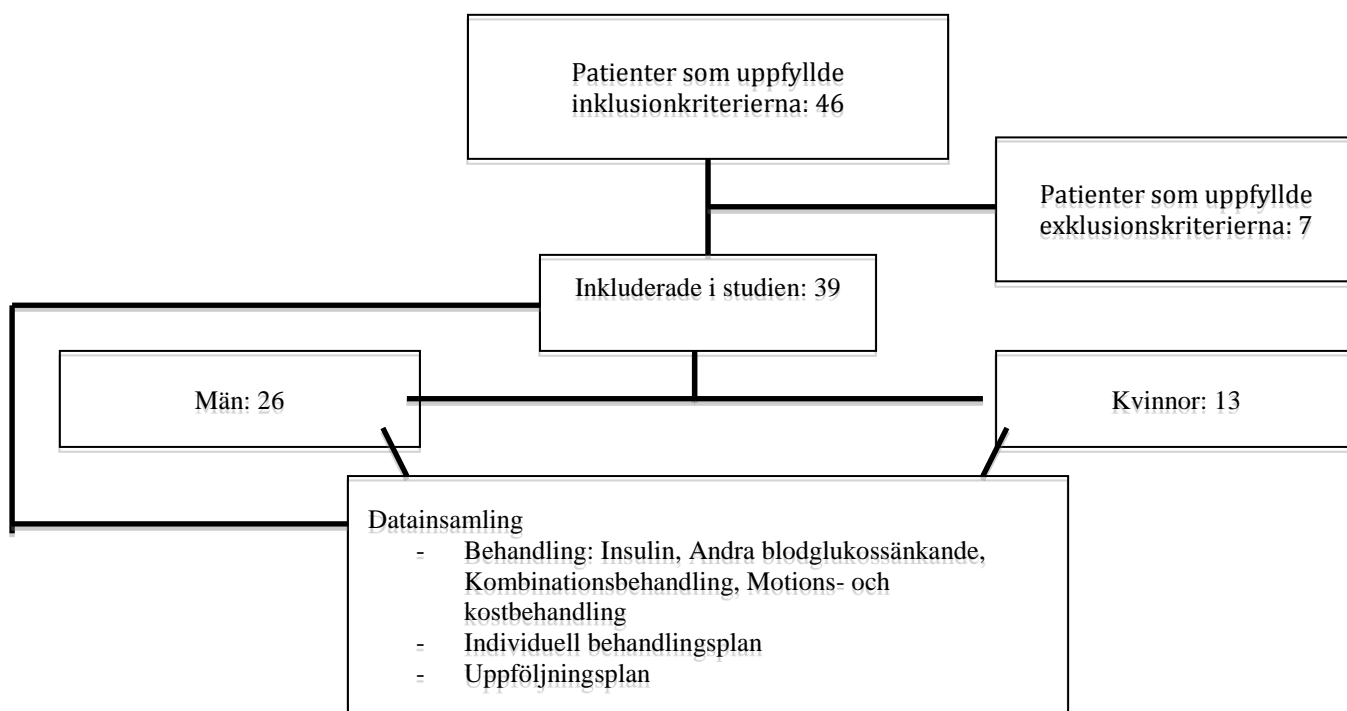
1. Ålder över 18 år
2. Patienter listade på Capio Vårdcentral Rågsved
3. Patienter med diagnosen typ 2 diabetes (ICD-kod E11-) och senaste HbA1c värde > 70 mmol/mol
4. Patienter som hade besökt vårdcentralen för diabetes under perioden 2015-05-01 och 2016-10-31

Exklusionskriterier

1. Patienter som hade avlidit, flyttat eller listat om sig
2. Patienter som saknade svenskt personnummer
3. Patienter som hade en nydebuterad diabetes under studieperioden

Definition av variabler

- Ålder: Patientens ålder vid tidpunkten för journalgranskningen
- HbA1c: Värdet vid det senast noterade provet under studieperioden i journalen.
- Insulinbehandling: Om patienten stod på något preparat med ATC-kod A10A under studieperioden registrerades det som aktuell behandling.
- Andra blodglukossänkande medel: Om patienten stod på något preparat med ATC-kod A10B under studieperioden registrerades det som aktuell behandling.
- Kombinationsbehandling: Om patienten stod på kombinationsbehandling med ATC-kod A10A och A10B under studieperioden registrerades de som aktuell behandling.
- Motions- och kostbehandling: Om patienten hade enbart motions- och kostbehandling under studieperioden i journalen.
- Individuell behandlingsplan: Som individuell behandlingsplan räknades om i journalanteckningarna närmast provtagningen fanns noterat planerade/genomförda ändringar i medicinering/medicindosering, andra åtgärder med syfte att förbättra glukoskontrollen eller en beskrivning av nytta och risk som vägledning till att inte ändra behandlingen.
- Uppföljningsplan: Som uppföljningsplan räknades om i journalanteckningarna närmast provtagningen fanns noterat en beskrivning av hur man planerar att följa upp patienten avseende diabetes.



Figur 1. Flödesschema för datainsamling via MedRave4

Statistik:

För hela studiepopulationen samt respektive kön separat beräknades variablerna Insulin, andra blodglukossänkande medel, kombinationsbehandling, respektive enbart motions- och kostbehandling. Kön är en variabel av nominal skaltyp och Chi-2 test (antal observerade data ≥ 5) samt Fishers test (antal observerade data < 5) användes för att påvisa eventuella skillnader i behandling av patienter med typ 2 diabetes beroende på kön. Jämförelse av målvärden mot *Nationella riktlinjer för diabetesvård* för gruppen HbA1c > 70 mmol/mol gjordes med single proportionstest (95 % konfidensintervall). Andelen patienter som har haft en individuell behandlingsplan och uppföljningsplan beräknades i procent. Data analyserades med statistiska programmet PAST3. Gräns för statistisk signifikans sattes vid $P < 0,05$.

Etiska överväganden

Nytta och risker med studien

Denna studie syftade inte till att påverka de enskilda patienterna fysiskt eller psykiskt. Studien hade ett syfte att kunna förbättra vården av patienter med denna sjukdom på längre sikt samt hjälpa läkarna på Capio Vårdcentral Rågsved med att uppnå bättre resultat med behandling av dessa patienter. Datainsamling till studien innebar ett integritetsintrång, dels för patienterna

samt för behandlande kollegor som hade journalfört, då journaler genomlästes av studieledaren som inte var behandlande läkare. Journaler genomlästes bara för att ta reda på vilket HbA1c värde patienterna hade, vilken behandling de stod på och hur de följdes upp vad gäller blodsockret. Patienter informerades genom ett anslag i väntrummet med information om att granskning av datajournaler skedde på vårdcentralen i kvalitetssyfte. Kollegorna informerades muntligt. Verksamhetschefen gav sitt godkännande till studien samt att studieledaren fick läsa journalerna. Alla data kodades för att säkra konfidentialitet. Materialet hanterades endast av studieledaren och resultaten av analyser presenteras på gruppnivå.

Det kodade materialet förvarades inlåst på vårdcentralen. Kodnyckeln destrueras när studien är avslutats och rapporten är godkänd. Risken med studien bedöms uppvägas av möjligheten att kunna förbättra kvaliteten för diabetespatienterna på vårdcentralen.

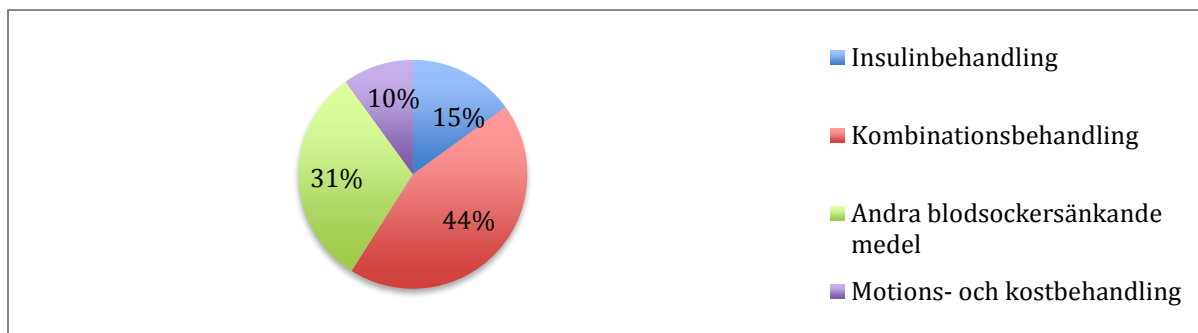
Resultat

Antalet patienter med HbA1c > 70 mmol/mol var 46 av de 353 patienter som hade diagnos typ 2 diabetes under studieperioden. Av dessa exkluderades 7 patienter som inte uppfyllde studiekriterierna (3 patienter som var nydebuterade, 3 patienter som hade listat om sig och 1 patient som hade spärrad journal). Det var således 39 (11 % (KI 95 %: 0,079 – 0,14)) av de 353 patienter som utgjorde studiepopulationen. Vår beräkning med single proportionstest visade ingen signifikant skillnad jämfört med Socialstyrelsens målnivå på 10 % ($p=0,83$).

Kombinationsbehandling var vanligast och förekom hos 44 % av patienterna medan motions- och kostbehandling var minst vanligt med 10 % (Tabell 1 och Figur 2).

Tabell 1. Antal (%) av de 39 patienter som ingick i undersökningen med typ 2 diabetes och HbA1c värde >70 uppdelade enligt vilken behandling de var ordinerade.

Behandling	Antal patienter	(%)
Insulinbehandling	6	15
Kombinationsbehandling	17	44
Andra blodglukossänkande medel	12	31
Motions- och kostbehandling	4	10
Totalt	39	100



Figur 2. Val av behandling angiven i procent av studiepopulationen.

Av de 39 patienter var 26 män och 13 kvinnor. Behandling med andra blodglukossänkande medel var vanligast för män (42 %) och kombinationsbehandling var vanligast för kvinnor (69 %) (Tabell 2). Vi fann ingen signifikant skillnad mellan könen för behandlingsalternativen insulin samt motion och kost. Däremot var det signifikant större andel män än kvinnor som hade andra blodglukossänkande medel, medan det var signifikant större andel kvinnor än män som hade kombinationsbehandling.

Tabell 2. Antal (%) patienter med de olika behandlingsalternativen för respektive kön.

Behandling	Män	(%)	Kvinnor	(%)	<i>P-värde</i>
Insulinbehandling	3	12	3	23	0,38
Motions- och kostbehandling	4	15	0	0	0,28
Andra blodglukossänkande medel	11	42*	1	8	0,033
Kombinationsbehandling	8	31	9	69*	0,036
Totalt	26	100	13	100	

Manuell granskning av patientjournalerna visade att 28 av de 39 (72 %) patienter med HbA1c > 70 mmol/mol hade en individuell behandlingsplan närmast provtagningen noterat i journalen. Dosändring av läkemedel var vanligast av de individuella behandlingsplaner som fanns noterade (Tabell 3). Vi hittade ingen beskrivning av nytta och risk analys noterad i någon av de granskade journalerna. Vad gäller uppföljningsplan, var det 22 (56 %) patienter som hade en uppföljningsplan noterad i sina journaler.

Tabell 3. Antal patienter med olika individuella behandlingsplaner som fanns noterade i journalen.

Åtgärd	Patienter
Dosändring	14
Tillägg av läkemedel	13
Utsatt läkemedel	1
Totalt	28

Diskussion

Studien visade att Capio Vårdcentral Rågsved nådde målet avseende andel patienter med typ 2 diabetes och HbA1c > 70 mmol/mol, jämfört med den nationella nivån på 10 % (10). Andel patienter med HbA1c > 70 mmol/mol på vårdcentralen låg på 11 % vilket är jämförbart med hela riket som har genomsnitt på 11,2 % och i Stockholm 11,9 % enligt NDR(12).

En studie från 2015 som grundades på NDR 2005 - 2011 visade att enbart tablettbehandling i monoterapi ökade risken för försämrad glukoskontroll (13). Däremot skall patienter med HbA1c > 70 mmol/mol behandlas individuellt utifrån nytta och risk av sin behandling, för att nå god glukoskontroll med få komplikationer. I studiepopulationen hade 59 % av patienterna insulin som något av behandlingsalternativen (insulinbehandling 15 % + kombinationsbehandling 44 %), vilket förefaller relativt högre än för hela riket som hade genomsnitt på 49 % och i Stockholm 52 % (14). Vi har dock inte bekräftat det med statistisk beräkning. Totalt hade 41 % av patienterna i studien tablettbehandling eller motions- och kostbehandling utan tillägg av insulin. Dessa patienter skulle sannolikt haft nytta av insulinbehandling för bättre glukoskontroll. Vid journalgranskning fann vi inga noteringar om hur man resonerade kring nytta och risk av den aktuella behandlingen och om man hade övervägt tillägg av insulin.

I vår studie fanns det inga skillnader i behandling av manliga och kvinnliga diabetespatienter med avseende på insulin samt motions- och kostbehandling, däremot fann vi signifikant skillnad mellan könen för behandlingsalternativen andra blodsockersänkande medel och kombinationsbehandling. Det kunde bero på individuella faktorer hos patienter - andra än kön - vilken behandling som valdes. Exempel på dessa faktorer kan vara ålder, vikt, compliance, sjukdomsdebut, sjukdomsduration och andra samtidiga sjukdomar. Dessa individuella faktorer har vi inte undersökt i denna studie. Dessutom kan det ha funnits individuella faktorer hos den behandlande läkaren som påverkade valet av behandling hos patientgruppen.

I studien saknade ungefär en tredjedel av patienterna med HbA1c > 70 mmol/mol en individuell behandlingsplan närmast provtagningen noterat i journalen och vad gällde uppföljningsplan, var det nästan hälften av patienterna som saknade något sådant noterat. Orsaken till detta är oklar, men kan möjligen bero på bristande kännedom om socialstyrelsens *nationella riktlinjer* och för lite diskussion kring hur man tar hand om denna grupp av patienter på vårdcentralen. Vi vet dock inte om läkarna kanske hade gjort en nytta och risk analys vid besöket utan att dokumentera det i journalen.

Styrkor och svagheter

Studien hade en stor täckningsgrad av patienter med typ 2 diabetes på Capio Vårdcentral Rågsved, då 353 av vårdcentralens totalt 384 patienter gjorde ett besök för diabetes under studieperioden. Detta gör att resultaten sannolikt återspeglar handläggningen av typ 2 diabetes på vårdcentralen generellt för de undersökta variablerna. En annan styrka med denna studie var att det fanns data för alla patienter som uppfyllde inklusionskriterierna men inte exklusionskriterierna, utom en som hade spärrad journal. En svaghet med studien var att studiepopulationen var liten. En annan svaghet var att all data var insamlad från journalanteckningar och pålitligheten för insamlad data kunde vara osäker. Däremot kunde vi göra en manuell journalgranskning för att komplettera den automatiska sökningen och bekräfta materialet.

Implikation

Studien kan utgöra grund för förbättring av hur man handlägger typ 2 diabetes på vårdcentralen för patienter med HbA1c > 70 mmol/mol. Dessutom kan studien användas för att förbättra dokumentationsrutiner på vårdcentralen. All personal på vårdcentralen kommer att informeras om studieresultatet.

Framtida studier

Det vore intressant att studera vidare hur uppföljningsbesöken för diabetiker på vårdcentralen ser ut, samt patienternas följsamhet till ordinationer för att se om det finns förbättringsmöjligheter där för att minska andelen patienter med HbA1c > 70 mmol/mol.

Slutsats

Studien visade att Capio Vårdcentral Rågsved nådde målet avseende andel patienter med HbA1c > 70 mmol/mol jämfört med den nationella nivån på 10 %. Det sågs inga skillnader mellan könen vid behandling med insulin samt motion och kost, däremot var det skillnader vid behandling med andra blodglukossänkande medel och kombinationsbehandling. Vårdcentralen behöver bli bättre på att notera individuell behandlingsplan och uppföljningsplan i patienternas journaler. Studien visar möjligheter för förbättring av diabetesvården på vårdcentralen.

Referenser

- 1- Hedin K, Löndahl M. Diabetes och andra endokrina sjukdomar : [diabetes mellitus, obesitas, sjukdomar i tyreoidea, sjukdomar i kalciumbalansen, binjurerelaterade sjukdomar, elektrolytrubbningar, hypofyssjukdomar, neuroendokrina tumörer). Lund: Studentlitteratur AB; 2010.
- 2- Landin-Olsson M, Sjöberg S, Mattsson C. Utdrag ur Klinisk endokrinologi. Lund: Studentlitteratur; 2016.
- 3- Stettler C, Allemann S, Jüni P, Cull CA, Holman RR, Egger M, et al. Glycemic control and macrovascular disease in types 1 and 2 diabetes mellitus: Meta-analysis of randomized trials. *Am Heart J*. 2006 Jul;152(1):27–38.
- 4- World Health Organization. 2016. Global report on diabetes [Internet]. [cited 2016 Oct 19]. <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>
- 5- Skliros NP, Vlachopoulos C, Tousoulis D. Treatment of diabetes: Crossing to the other side. *Hellenic J Cardiol* [Internet]. [cited 2016 Oct 21]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1109966616300823>
- 6- Gudbjörnsdóttir, S., Eliasson, B., Cederholm, J., Svensson, A., Samuelsson, P., Linder, E. 2014. Nationella diabetesregistret (NDR). Årsrapport från 2014. Registercentrum Västra Götaland.
- 7- Moberg, E., Tovi, J. 1997 (uppdaterat 2016). Diabetes. [Internet]. [cited 2016 Oct 21]. Available from: <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Endokrina-organ/Diabetes/>
- 8- Zoungas S, Chalmers J, Ninomiya T, Li Q, Cooper ME, Colagiuri S, et al. Association of HbA1c levels with vascular complications and death in patients with type 2 diabetes: evidence of glycaemic thresholds. *Diabetologia*. 2011 Dec 21;55(3):636–43.
- 9- Behandlingsstrategi typ 2-diabetes [Internet]. [cited 2016 Oct 18]. Available from: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/behandlingsstrategi-typ-2-diabetes.html>
- 10- Nationella riktlinjer. Utvärdering 2015. Diabetesvård, Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-1>

- 11- Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Real J, Mauricio D. Glycaemic control and antidiabetic treatment trends in primary care centres in patients with type 2 diabetes mellitus during 2007–2013 in Catalonia: a population-based study. *BMJ Open*. 2016 Oct 1;6(10):e012463.
- 12- Arsrapport_NDR_2014.pdf [Internet]. [cited 2017 feb 22]. Available from: http://www.diabetes.se/PageFiles/1251/Arsrapport_NDR_2014.pdf
- 13- Ekström N, Svensson A-M, Miftaraj M, Sundell KA, Cederholm J, Zethelius B, et al. Durability of oral hypoglycemic agents in drug naïve patients with type 2 diabetes: report from the Swedish National Diabetes Register (NDR). *BMJ Open Diabetes Res Care* 2015;3(1):e000059.
- 14- Arsrapport_NDR_2015.pdf. [Internet]. [cited 2017 Mar 11]. Available from: <https://www.ndr.nu/pdfs/>

Bilagor

Peter Bety
ST-läkare, Capio vårdcentral Rågsved
VESTA höst 2016

PROJEKTDEL	START	SLUT	ANTALDAGAR
Projektplansskrivning inkl. revideringar	2016-09-12	2016-11-11	10
Projektplansinlämning Till HL för granskning		2016-10-14	
Projektplansinlämning till granskningsgruppen		2016-11-14	
Revidering av projektplan efter granskning	2016-11-23	2016-12-05	2
Projektplansinlämning granskningsgruppen		2016-11-28	
Insamling och analys av data	2016-12-05	2017-01-18	6
Rapportskrivning	2017-01-19	2017-02-28	6
Rapportinlämning till HL för 1:a granskning		2017-02-28	
Rapportskrivning	2017-03-01	2017-03-10	2
Rapportinlämning till HL för 2:a granskning		2017-03-10	
Rapportskrivning	2017-03-13	2017-03-18	4
Rapportinlämning till granskningsgruppen		2017-03-20	
Rapportskrivning, korr. efter granskning	2017-04-08	2017-05-10	3
Förberedelse av muntlig presentation	2017-05-15	2017-05-18	2

Seminarium/ Kurs	Datum
Kursvecka. Introduktion.	2016-09-12 t.o.m 2016-09-19
Skrivardag. Statistik del II	2016-09-22
Undervisning Excel och MEDRAVE	2016-10-06
EBM-Kurs	2016-10-20 t.o.m 2016-10-21
Seminarium 1. Genomgång av projektplanen i grupper + PowerPoint	2016-11-10
Seminarium 2. Om rapporterna	2017-01-19
Hur man presenterar/opponerar. Statistikrepetition.	2017-03-09
Seminarium 3. Opposition och genomgång av rapporten i grupper	2017-03-23
Gemensam presentation och opposition. Alla deltar	2017-05-19

Anslagstavla

”På denna vårdcentral gör vi granskningar av våra datajournaler i kvalitetssyfte för att förbättra och utveckla vården. Om du har frågor eller synpunkter är du välkommen att kontakta verksamhetschefen på telefon 08-555 680 00”.