

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

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

### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

KRINGLANS VÅRDCENTRUM

Verksamhetschef

Emad Issa

Verksamhetschefens e-post

[emad.issa@kringlansvardcentrum.se](mailto:emad.issa@kringlansvardcentrum.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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2024**,

**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 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2025**

**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.**

## DEL 1 – Planen

### Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Robert Bitar

Profession: ST-läkare

E-post: [robert.bitar@kringlansvardcentrum.se](mailto:robert.bitar@kringlansvardcentrum.se)

### 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 en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Malath Jalka, ST-läkare. Beatrice Penninger, distriktssköterska (DAS, diabetesansvarig ssk). Eva Åhbeck, distriktssköterska. Garabit Touma, specialist i allmänmedicin (DAL). Helen Andersson, enhetschef/ssk. Emad Issa, verksamhetschef.

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

B: I samtal och samarbete med patient, sätta upp mål och plan för hur uppföljning ska ske för att säkra upp att patienten kommer på återbesök och följsamhet till plan.

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Ett förbättringsarbete börjar 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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

- *Minimera andel diabetiker utan uppmätt u-alb/krea senaste 18 månaderna innan given tidpunkt. Aktuellt värde 220630 - 231231 är 36,2%, vilket är långt sämre än snittet i Stockholm på 22%, riket samt i Södertälje. Detta bör tas på alla patienter rutinmässigt.*
- *Enhetligt system för diabetesuppföljningar som del i projektet, få upp alla pat på väntelista så att vi kan se till att alla diabetiker kallas på återbesök och ej faller bort.*
- *Ha avsatt tid för t.ex diabetessköterska för att kalla patienterna. Alternativt t.ex. administratörer som sköter kallelserna.*

Statistik har hämtats från MedRave, PrimärvårdsKvalitet (PVQ) samt TakeCare.

### **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.

**Andel patienter ålder 0-69år med diabetes som saknar uppgift om albuminuri senaste 18 månaderna inför given tidpunkt.**

### **Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

**Formulera här era mål:**

- Uppnå så låg andel diabetiker som möjligt utan uppgift om albuminuri senaste 18 mån innan given tidpunkt.
  - Delmål: Identifiera orsaker till att uppgift saknas.
- Uppdatera väntelista och sätt upp rutin så att det kan säkerställas att denna hålls uppdaterad. Prio för läkarbesök, men bör även stå på VL till ssk.
- Sätta upp en fungerande rutin för diabetesuppföljningar, provbeställning etc, tydliggöra vad som ska utföras av läkare samt dsk.

**Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)**

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

**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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Inga tydliga rutiner som enhetligt följs av alla läkare och diabetes-ssk. T.ex. väntelista som ej inkluderar alla pat.

1.1: Uppdatera väntelista så att alla diabetiker står på denna. Organisera denna t.ex. så att HSV-pat tas omhand på lämpligt vis.  
 1.2: Skriva en gemensam rutin som ska följas gällande uppföljningar och t.ex. rel. provtagning.  
 1.3: Läkare sätter upp admin till ansvarig dsk i samband med nydiagnostisering att sätta upp på VL för läkarbesök.  
 1.4: Vid receptförnyelse endast liten förpackning om helt slut, därefter ska pat komma på återbesök, annars förnyas inte recept i regel.  
 1.5: Schemalagd regelbunden diabetesrond med DAL samt involverade diabetes-ssk.

2: Tidsbrist samt resursbrist, t.ex en dsk som gått över till fokus på spirometri. Kallelser faller bort.

2.1: Avsatt tid i kalender för ansvariga dsk att kalla och organisera bl.a. väntelista.

3: Provtagning faller bort, i vissa fall inkluderas ej u-alb/krea i beställning/provtagning.

3.1: Uppdatera provpaket i TC som ska tas i samband med resp. dsk-besök samt läk-besök.  
 3.2: I samband med att pat kallas till återbesök beställs prover alltid som pat tar inför besöket.  
 3.3: Fortbildning, skriftlig info kring rutin som satts upp till samtliga läkare och sjuksköterskor.

**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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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 snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel med DM2 (0-69år) som saknar uppmätt u-alb/krea senaste 18mån från given tidpunkt.</i>	36,5%	240101	0-5%	MedRave	241231
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel pat 0-69år med DM2 som står på väntelista för läkarbesök 3mån bakåt t.om 15mån framåt i tiden</i>	139/407st = 34,1%	240101	100%	TC/MedRave	241231
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal timmar per vecka för DAS reserverade för adminuppg gällande DM2.</i>	ingen i schemat avsatt tid	240101	1h/v	TC kalender samt VL översikt	<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 4</b>						<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 5</b>						<i>T.ex. dec 2024</i>

**Kommentar (valfritt):**

*Gällande indikator 2: För att kunna mäta detta utifrån vårt aktuella system för väntelista som ej är välfungerande, jämförs våra patienter på VL med antal pat med DM2 (ICD E.11) i MedRave. Dessa identifieras via patientlista i MedRave, och kontrolleras i vår VL så att de finns med på listan för 3mån bakåt i tiden, fram till kommande 15mån från mätdatum, dvs 1år som målintervall, men kan finnas utstickare som vi vill säkra upp för. Dvs ligger pat på listan tidigare än 231001 räknas det som NEG. Detta görs därefter fortlöpande så t.ex. nylistade och nydiagnostiserade ej missas. Som jämförelse ligger totalt 207 pat på VL till ssk inom samma tidsintervall och andelen är 51,1%. Vi kontrollerar dessa siffror med jämna mellanrum.*

*Gällande indikator 3: Möjlighet att för ansvarig ssk avsätta tillräcklig tid för att kunna uppfylla mål såsom att ligga i fas gällande bokningar, kontrollera att VL är uppdaterad (jämföra vår VL med patlista i Medrave). Kontrollera NDR regelbundet och se till att detta är uppdaterat. Initialt 1h/v som mål, därefter kan det justeras utifrån behov.*

**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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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 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?

**FÖRARBETET:**

- *Efter att ha lagt upp en grov plan för projektet och förbättringsområdet presenteras detta för läkargruppen. Presentationen/PowerPoint görs av ST Robert samt Malath, stämmer av presentationen med övriga involverade i projektet när utkastet finns.*
- *Generell presentation av albuminuri vid diabetes, rent medicinskt. Regionella/nationella riktlinjer presenteras, utredning, handläggning, uppföljning, etc. Skriftlig info/Lathund ges till alla läkare och ssk som sitter i telefonbokning samt har diabetesmottagning. Detta görs av ST Robert samt spec. Garabit.*
- *Skriftlig rutin för diabetesbesök till läkare samt diabetes-ssk tas fram.*
  - *Första utkast ansvarar ST-läk Robert för, i samråd med spec. Garabit och DAS Beatrice. De olika delarna skrivs gemensamt med övriga involverade i projektet.*
  - *Diskussion med enhets-/verksamhetschef kring vad som är praktiskt genomförbart, rimlighetsbedömning kring vad som kan hålla i längden, t.ex. vilka ekonomiska resurser samt i form av bl.a. personal, som finns att tillgå, hur dessa kan fördelas och var fokus bör ligga.*
- *I samband med att rutin skapas, presenteras denna av ST Robert och Malath samt övriga teammedlemmar, och fastställs till fullo på läkarmöte där inblandade ssk med diabetesmott gemensamt får framföra synpunkter och ett slutligt resultat presenteras. Labbpersonal delges informationen och bör vara väl förtrogena med rutin så att de kan fånga upp ev fel.*

För att följa utvecklingen används MedRave kontinuerligt, samt månatliga möten på diabetesrond med teamet där vi utvärderar och justerar planen vid behov. Progressen presenteras på läkarmöten ca. varje kvartal, eller mer ofta vid behov. Väntelistan i TC som vi använder jämförs under arbetets gång mot MedRave där vi ser antal samt vilka pat 0-69år som har diagnosen DM typ 2

**Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1**  
**t.ex. "Boo VC diabetes 2024 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 2024 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

1. Samtliga förändringar nedan diskuterades fortlöpande varje/varannan vecka vid avstämningar första månaderna av projektet, mellan DAL/DAS, under sommaren glesades detta ut när behovet minskade. Diabetesronder en gång i månaden tog därefter över.
2. I början av året hade vi presentationer på läkarmöte vid ett par tillfällen samt på APT där vi gick igenom projektet, med fokus på mätning av u-alb/krea som del i rutinkontroller. Vi hade även en annan läkare som oberoende höll en presentation kring njursjukdom vid ett annat tillfälle där urinprov togs upp.
3. Vi uppdaterade paketet med labprover som tas inför diabetes årskontroller så att u-alb/krea ingick rutinemässigt. I samband med kallelse fick även patienter ett rör för morgonurin och instruktioner kring att ta med detta. Missades det vid provtagning inför så fick de ytterligare möjlighet att lämna in detta efter besöket till läkare. Sköterskor med diabetesbesök uppmanades också att titta igenom lablista vid sina besök så att alla prover tagits som bör.
4. Vi skrev om kallelsebrev till diabeteskontroller till läkare och diabetessköterska, dessa reviderades vid ett tillfälle. DAS fick tid avsatt en hel/halvdag i veckan under ca första halvåret, därefter något mindre, till administrativt arbete, inkluderande kallelser och att gå igenom listan med alla våra typ 2 diabetiker, sätta upp de som saknas på väntelistan (via väntelistefunktionen i TC), och kalla de som det var dags för enligt den nya rutinen. Även arbete med NDR ingick här. Mot slutet av året involverades 2st diabetes-ssk i detta arbete.
5. Väntelistan var inte enhetligt gjord innan, med t.ex. patienter som stod på personliga listor för ssk/läkare, inkl sådana som slutat tidigare och ej flyttats över. Det nya systemet har en gemensam lista för alla, både läkar- och dsk-besök.
  - Initialt var patienterna tänkta att stå på en lista för vardera läkare och diabetessköterska, men av praktiska skäl landade det under hösten i att vi accepterade att patienten bara stod på en post i VL och uppdaterade posten utifrån om nästa besök är till läkare eller dsk till då nästa besök är tänkt.
6. Vi insåg att rutinerna i övrigt gällande diabetiker var bristfälliga på flera områden, och inledde ett arbete med att utifrån flödesschemat från APC försöka upprätta en klar rutin så att alla arbetar enhetligt, gjorde om diabetesmall i journalen, delade mer tydligt upp vad diabetes-ssk samt läkare ska göra, tydliggörande kring behandlingsalgoritm etc.

### 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:**

**Indikator 1 - 231231, 36,5% utan uppmätt värde, exkl patienter 70+**

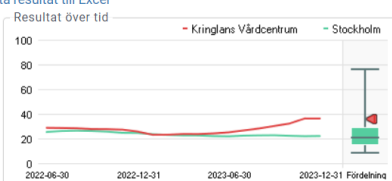


★ Di06M;0: Andel patienter med diabetes som saknar uppgift om albuminuri

Specifikation | Hämta resultat till Excel

**36,2 %**  
220 / 608  
Kringlans Vårdcentrum

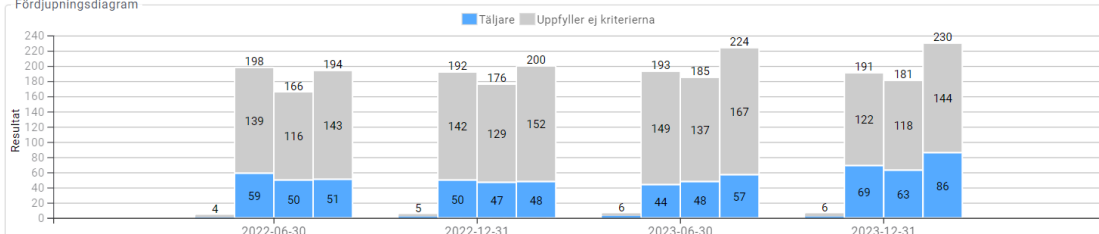
**22 %**  
22691 / 102987  
Stockholm



Fördjupningstabell

	2022-06-30	2022-12-31	2023-06-30	2023-12-31
0-29	25 %	40 %	50 %	33 %
30-59	30 %	26 %	23 %	36 %
60-69	30 %	27 %	26 %	35 %
70+	26 %	24 %	25 %	37 %
Summa	29 %	26 %	25 %	36 %

Fördjupningsdiagram



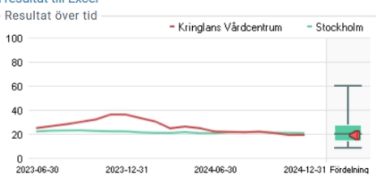
### Indikator 1 - 241231, 18,2 utan uppmätt värde, exkl patienter 70+

★ Di06M;0: Andel patienter med diabetes som saknar uppgift om albuminuri

Specifikation | Hämta resultat till Excel

**19,2 %**  
130 / 677  
Kringlans Vårdcentrum

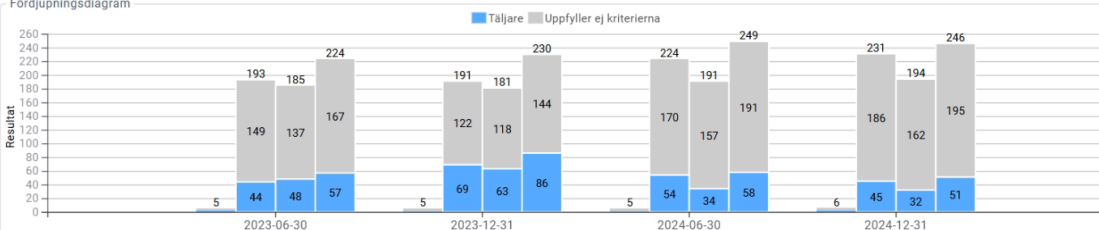
**20,7 %**  
22911 / 110904  
Stockholm



Fördjupningstabell

	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
0-29	40 %	20 %	20 %	33 %
30-59	23 %	36 %	24 %	19 %
60-69	26 %	35 %	18 %	16 %
70+	25 %	37 %	23 %	21 %
Summa	25 %	36 %	22 %	19 %

Fördjupningsdiagram



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel diabetiker (0-69år) som saknar uppmätt u-alb/krea senaste 18mån	36,5%	240101	0-10%	79/431 = 18,3%	MedRave	241231
<b>Indikator 2</b>	Andel pat 0-69år med DM2 som står på väntelista för läkarbesök 3mån bakåt t.om 15mån framåt i tiden	139/377st = 36,9%	240101	100%	378/437st = 86,5%	MedRave + TC	241231
<b>Indikator 3</b>	Antal timmar per vecka för DAS reserverade för adminupp gällande DM2.	ingen i schemat avsatt tid	240101	1h/v	1-3h/v	TC	T.ex. dec 2024

<b>Indikator 4</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 5</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>

### Övriga kommentarer:

**Bilaga 1** innehåller fler diagram som fortlöpande sparats ner under året.

*Indikator 2: Antal diabetiker hämtades från MedRave , totalt 677st 241231 jmf. med 607st 231231. Antal diabetiker 0-69år 241231 var 437st jmf. med 377st 231231. (ICD E.11)*

*OBS. justerat siffran från del 1 som skickades in i början, för antal diabetiker 0-69år till korrekta 377 (utifrån MedRave, se bild indikator 1 föregående sida) från 407 som initialt stod i del 1. Korrekt startläge alltså 36,9%, inte 34,1%. Nya resultatet utgår ifrån hur systemet för VL uppdaterats för att enklare kunna arbeta med. Se punkt 6 ovan.*

*Indikator 3: Ursprungligt ansvarig DAS slutade i slutet på året på VC. Därefter har 2-(3) av våra ssk som arbetar med diabetes satt sig in i nya systemet och har tid avsatt varje vecka för att kalla patienter, hålla VL och NDR uppdaterade och annat administrativt relaterat till diabetesarbetet. Avsatt tid i schemat är i snitt 2h/v med möjlighet för mer tid vid behov.*

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

I åldrarna 0-69 i MedRave så är det 241231 79 av 431 som ej har ett uppmätt värde än. Vid snabb genomgång av vissa av dessa i PvK där det står att provet ej tagits så fann vi flera diabetiker som bl.a. hade inaktuella eller felaktiga diagnoser (t.ex. både typ 1 och typ 2 satt, felaktigt, som medicinmott följer), samt patienter som varken har journalanteckningar senaste 2 åren och ej fått förnyelse av diabetesläkemedel på länge. Patienter som ej är aktuella på vår VC finns i vissa fall kvar i statistiken.

Nyckeln till mycket verkar vara att ha en fungerande väntelista nu när rutinerna verkar vara bra implementerade, så att om patienterna som är aktuella faktiskt kommer på sina besök, så har det som bör göras, till stor del gjorts. Även att ha avsatt tid för DAS att gå igenom väntelistan och kallelser.

Vi har även sett att en del diabetiker har upprepade besök under året för annat, och för dessa tenderar besök enligt diabetesmall att falla bort. Vi har försökt se till att sätta upp för separata besök enligt diabetesmall så att väsentliga prover och kontroller ej faller bort trots att de ofta söker vård.

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?

För att koppla tillbaka till senaste punkten så har vi sett att patienterna uppskattar att komma på ett separat besök där vi kan fokusera huvudsakligen på diabetes, där rutinprover ej missas trots att prover lämnats av andra orsaker. Det leder till en bättre överblick för patienten och mindre stress över att hinna klämma in diabetesgenomgången när de har annat de kommer för, samt mindre informationstätt vilket vi fått positiv feedback kring.

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.

Även om resultaten är klart bättre så vill vi ändå se en siffra under 10% som håller sig på denna nivå över tid. Det finns fortfarande patienter som nu är planerade för återbesök där prover beställts enligt nya rutinen, så vi räknar med att andelen utan uppmätt värde kommer minska fortsatt. Det vi kan se är att i de allra flesta fall så tas nu u-alb/krea rutinmässigt om prover tas inför återbesök, så länge



patienterna kallas enligt diabetesmall trots att de följs upp för annat också och diabetesmedicinering kanske kläms in under de besöken.

Vi har delat upp arbetet som tidigare DAS (som slutat i november) haft mycket tid avsatt för, mellan några av våra andra diabetes-ssk, där två av dem har delad DAS-roll, samt så finns 2 andra ssk som också har diabetesbesök och är med på diabetesronder. Förhoppningen är att DAL/DAS framöver går igenom listan med de just nu 79 patienterna i MedRave och klargör vad orsaken är till att det är ett negativt värde enligt ovannämnda felkällor. Sannolikt är den sanna siffran lägre än vad som står.

Annars är planen att fortsätta på inslagen väg, vi är väldigt nöjda med vad vi åstadkommit och upplever att målen som formulerats till stor del uppnåtts. Utmaningen framöver blir att hitta ett sätt att också framöver hålla väntelistorna uppdaterade, att man ej missar att sätta upp nydiagnostiserade och nylistade patienter t.ex. Detta fungerar inte optimalt just nu. Vi har upprättat månatliga diabetesronder samt infört rutin att avsätta tid i schema för DAS att arbeta med kallelser, översyn av väntelista och NDR framförallt.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**

**t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2"** och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan [forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbättringsarbeten.apc.sls@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"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.