

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes och kardiovaskulär riskbedömning*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Råsunda Vårdcentral

Verksamhetschef
Malin Bössman t o m. mars 2024
Stephan Pettersson fr om. augusti 2024 -

Verksamhetschefens e-post
stephan.pettersson@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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda 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.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

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

Namn: Sandy Boghos

Profession: ST-läkare

E-post: sandy.boghos@regionstockholm.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:

- Barbara Kownacka-Kufa – diabetessköterska

- Hongbin Peng Henriksson – specialistläkare i allmänmedicin

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

B:

- Blankett inför årskontroll med enklare frågor om ärftlighet samt levnadsvanor som träning, tobak och alkohol.
- Blankett (några utvalda patienter) inför årskontroll till sköterska med frågor om hur patienten uppfattar att Råsunda vårdcentral handlägger patientens diabetesvård.

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?

Råsunda vårdcentral har omkring 10 000 listade patienter och utav dessa har drygt 500 patienter en diabetes mellitus typ 2 diagnos. Sett på endast listade patienter under 2023 med diabetesdiagnos saknade 62 data på LDL, vilket motsvarar 13% av alla diabetiker. Utav de drygt 500 patienterna med diagnos hade 57% ett LDL värde under 2,6 mmol/l och 30% ett LDL värde $\geq 2,6$ mmol/l. Sett på totala antalet diabetespatienter hade 318 patienter, 66,7 %, statinbehandling. 159 patienter, 33,3%, hade ingen statinbehandling.

I början av 2024 hade 65% av diabetespatienterna på Råsunda vårdcentral en statinbehandling, jämfört med 66,9% i Stockholm. Dessa värden är inte långt ifrån varandra, men Råsunda ligger fortsatt en bit under. Förhoppningen är att kunna förbättra denna siffra och ligga över snittet i Stockholm.

Årskontroller för patienter med diabetes är tänkta att utföras en gång årligen av diabetessköterska samt en gång årligen av läkare. Flera tillfällen bokas in vid behov om behandlingsmål ej är uppnådda eller annan problematik uppstår.

Årskontrollerna försvåras av olika faktorer som dels är patientberoende, dels även läkarberoende. I tid av omsättning av kollegor, föräldradedighet samt vikarierande underläkare blir det svårare att bedriva ett systematiskt arbete kring årskontroller. Yngre kollegor upplever det svårt att göra en strukturerad kardiovaskulär riskbedömning samt se på provsvar som LDL utifrån riskskattning. Man använder sig ibland endast av det normala referensintervallet som anges i provvarslistan. Seniora

kollegor journalför inte alltid på ett strukturerat sätt. Detta försvårar för andra kollegor att ta vid arbetet, vid till exempel avslutande av tjänst eller sjukfrånvaro.

Utan ett strukturerat arbetssätt kring årskontroller, ökar risken för ojämlig vård samt risken för att hela syftet med det primärpreventiva arbetet med kardiovaskulär riskbedömning hos diabetespatienter inte uppnås. Patienterna har således en ökad risk att dö av framför allt makrovaskulära komplikationer men även drabbas av mikrovaskulära komplikationer.

Genom att utforma ett strukturerat arbetssätt kring den kardiovaskulära riskbedömningen av diabetespatienter, samt systematiskt arbeta med detta under ett år, önskar vi minska våra diabetespatienters kardiovaskulära risk. Vi önskar att alltid eftersträva en jämlig vård för alla våra patienter, oavsett kön eller ålder. Vi önskar erbjuda patienten möjlighet att vara delaktig i sin diabetesvård.

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.

Diabetes typ 2 och kardiovaskulär riskbedömning.

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:

Förbättra det övergripande arbetet kring den kardiovaskulära riskbedömningen hos diabetespatienter.

Utforma ett strukturerat arbetssätt för att samtliga kollegor lättare ska kunna genomföra en kardiovaskulär riskbedömning.

Minska antalet patienter med avsaknad av LDL-värde.

Om möjligt, minska antalet diabetespatienter med LDL > 2,6 mmol/l (förutsatt att patienten uppfyller kriterier för LDL < 2,6 mmol/l).

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: Förekommer inget strukturerat arbetssätt.

1.1: Utföra en skriftlig mall för viktiga punkter vid kardiovaskulär riskskattning.
1.2: Utbilda nya läkarkollegor kontinuerligt. Upprepa kunskap för befintliga kollegor.
1.3: Blankett inför årskontroll.

2: Bristande kunskap bland yngre kollegor.

2.1: Tillgodose nya kollegor med information om arbetssätt.
2.2: Utbildning under handledningstimme.

3: Icke strukturerad journalföring.	3.1: Utbilda kollegor i användning av diabetesmallen i Take care. 3.2: Se till att patienter lämnar blodprover inför årskontroller.
4. Årskontroller utförs ej på årlig basis.	4.1: Fånga upp patienter som önskar receptförnyelser men inte haft årskontroll. 4.2: Öka antalet tider för årskontroll diabetes och fördela dessa mellan samtliga läkare.

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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medr-ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel diabetiker med LDL $\geq 2,6$ mmol/l</i>	30 %	2023-01-01 – 2023-12-31	<30 %	Medr-ave	2024-12-31
Indikator 2	<i>Andel diabetiker med statinbehandling</i>	65 %	2024-01-31	≥ 67 %	Medr-ave	2024-12-31
Indikator 3	<i>Andel diabetiker med avsaknad av LDL-värde</i>	13 %	2023-01-01 – 2023-12-31	<10%	Medr-ave	2024-12-31
Indikator 4						
Indikator 5						

Kommentar (valfritt):

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.

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 som ni tänkt? 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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

- Projektet inleds med kartläggning av läkargruppens tankar kring årskontroller. Upplevda svårigheter och effektiviseringsmöjligheter (hela läkargruppen inkluderat verksamhetschef).
- Utformandet av en blankett som skickas hem till patienten inför årskontrollen med enklare frågor om ärftlighet och levnadsvanor (Sandy, Barbara, Hongbin) (stäms av med läkargrupp).
- Utformandet av en blankett med intervjufrågor som skickas hem till patienten inför besök till diabetessköterska (Sandy, Barbara, Hongbin).
- Information och utbildning i sköterskegruppen kring årskontroller (Sandy).
- Blankett skickas hem till patienter i samband med kallelse för årskontroll och medhas till läkarbesök (patienten).
- Läkaren använder sig av medhavd blankett för att påminna sig om att göra en kardiologisk riskbedömning samt för att kunna utveckla eventuella oklarheter eller riskområden sett utifrån patientens svar på blanketten (samtliga läkare).
- Kontinuerlig kortare utvärdering (var 2–3 månad) av data som inhämtas från Medrave (Sandy).
- Slutgiltig utvärdering och redovisning av resultat (Sandy, Hongbin och Barbara, Malin).

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

(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

Projektet inleddes med genomgång på läkarmöte. Detta för att utforma ett arbetssätt som i praktiken var användbart och accepterat av hela läkargruppen. På läkarmötet skedde även en genomgång och diskussion kring utkastet av dokumentet som berörde ”arbete enligt ett standardiserat arbetssätt”. På läkarmötet diskuterades även tankar samt fakta och information presenterades kring kardiovaskulär riskbedömning (bilaga 1).

Även i sjuksköterskegruppen delgavs information kring arbetet, de utformade dokumenten samt utbildning kring vikten av kardiovaskulär riskbedömning. En svårighet i detta arbete låg i att många yngre kollegor inte kände till att en kardiovaskulär riskbedömning behövde göras strukturerat och dokumenteras likaså. De utformade dokumenten sparades i verksamhetens gemensamma mapp och läkare som handledde eller skulle komma att handleda nya kollegor, fick information att gå igenom dessa under introduktion och/eller handledningstid.

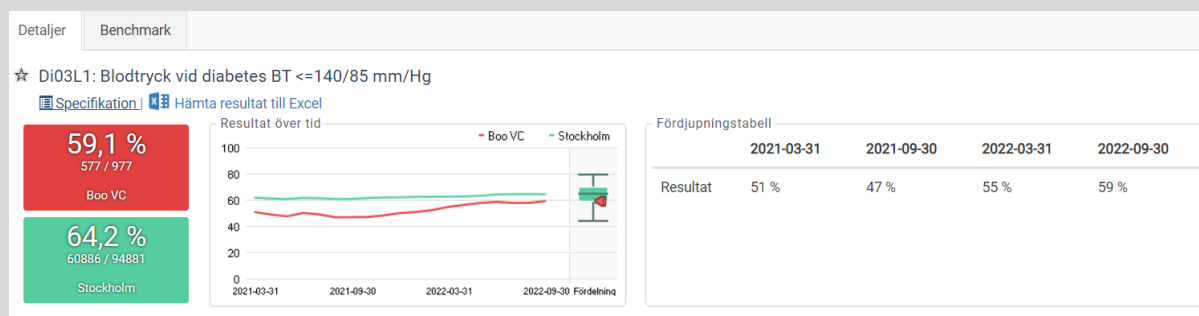
Beslut fattades, efter samtycke i läkargruppen, kring utformandet av ett frågeformulär som planerades skickas ut till den kallade patienten inför årsbesöket. Frågorna planerades beröra de viktigaste riskfaktorerna för kardiovaskulär riskbedömning. Med hjälp av blanketten var tanken att patienten får tid att förbereda sig genom att svara på frågor inför besöket. Läkaren får en blankett i handen i samband med besöket, som en påminnelse om att en strukturerad riskbedömning behöver göras och dokumenteras i korrekt form. Frågeformuläret integrerades i kallelsebrevet som automatiskt bifogas i Take Care i samband med bokning av besök (bilaga 2). Denna blankett, blev en fortsättning på den blankett som satts i praxis efter 2023 års förbättringsarbete som handlar om fördjupad läkemedelsgenomgång.

Därefter utformades en blankett som skickades hem till patienter av diabetessköterska kring den upplevda diabetesvården på vårdcentralen (bilaga 3). Diabetessköterska mottog svaren och placerade dessa utan namn eller personnummer i läkarfack för utvärdering.

Kontinuerlig kortare avstämning av samtliga indikatorer gjordes var 2-3:e månad.

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. Medrave)	Datum / period för resultatvärdet
Indikator 1	<i>Andel diabetiker med LDL $\geq 2,6$ mmol/l</i>	30 %	2024-01-01 till 2024-12-31	<30%	26%	Medrave (bild 1)	2024-12-31
Indikator 2	<i>Andel diabetiker med statinbehandling</i>	65 %	2024-01-01 till 2024-12-31	≥ 67 %	68%	Medrave (bild 2)	2024-12-31
Indikator 3	<i>Andel diabetiker med avsaknad av LDL-värde</i>	13 %	2024-01-01 till 2024-12-31	<10%	17%	Medrave (bild 1)	2024-12-31
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Som vi kan se har vi uppnått målet med större andel patienter som har pågående statinbehandling. Däremot ser vi att antalet patienter som saknar LDL-värde har ökat. Således kan man tänka sig att det finns en möjlighet att värdet för indikator 2, är ett falskt för högt värde. Det skulle ändå kunna vara så att de som saknar LDL-värden inte nödvändigtvis är de som behöver statin, vilket i sådant fall innebär att indikator 2 inte behöver vara helt inkorrekt. Detta kan stärkas av att indikator 1 har förbättrats.

Patienternas LDL-kolesterol i perioden (senaste värde)

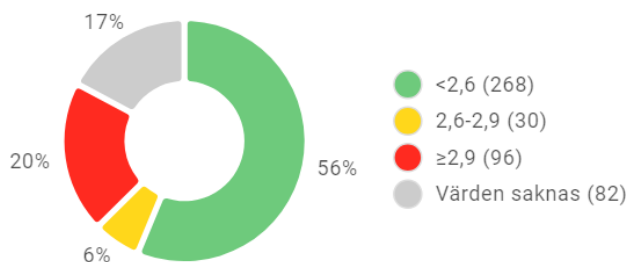


Bild 1. Visar indikator 1 samt 3 vid tidpunkt 2024-12-31. Källa Medrave

67,7 %
350 / 517
Råsunda VC

68,7 %
75684 / 110139
Stockholm

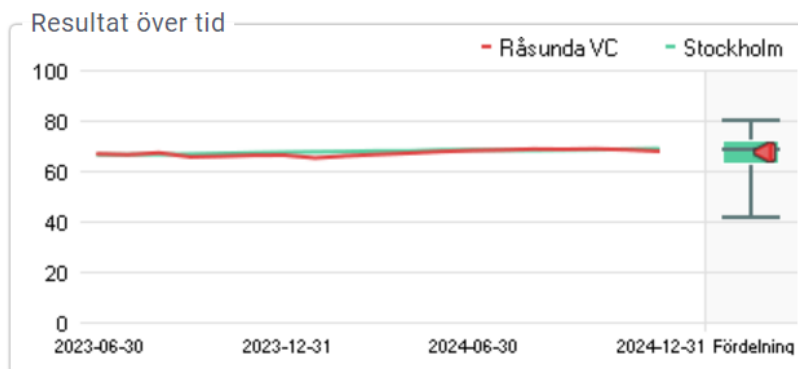


Bild 2. Visar indikator 2 vid slutdatum 2024-12-31. Källa Medvare.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att arbetet med kardiovaskulär riskbedömning, i samband med framför allt årskontroller, behöver upprätthållas kontinuerligt året om. Man behöver ha en tydlig struktur för att det inte ska bli ett bortfall av årskontroller, även vid omstrukturering som sker av annan anledning på vårdcentralen. Under sommar och andra ledigheter behöver en tydlig planering finnas för att arbetet med årskontroller och kardiovaskulär riskbedömning ska ske löpande över hela året. Vid slutavstämning med läkargruppen, framkom att de nya kollegorna som var närvarande vid mötet, inte hade fått information och introduktion i det standardiserade arbetssättet. Således i samband med att ST-läkare Sandy Boghos, som varit huvudansvarig för förbättringsarbetet, varit på randningar samt föräldraledighet kan detta ha missats. Det vi tar med oss från detta är att vi några gånger per år behöver lyfta detta under läkarmöte för att arbetet ska upprätthållas kontinuerligt.

Vi behöver efter dessa resultat, titta lite extra på gruppen med avsaknad av LDL värden, för att se vilka patienter den gruppen utgörs av? Är det någon kategori av patienter som sticker ut? Varför har denna grupp blivit större? Utgörs den av patienter som inte kommer trots upprepade kallelser? Är det äldre patienter eller HSV-patienter där man aktivt valt att ta bort statiner och inte följa blodfetter? Har vi blivit bättre på att inte överbehandla de allra äldsta och sköra som kanske inte gynnas av statiner? Är det dem yngre patienterna med välkontrollerad diabetes som faller mellan stolarna? Är det nylistade patienter som inte hunnit kallas?

Trots att vi inte uppnått alla parametrar så framkommer efter reflektion i läkargruppen, att införandet av blanketten som patienten medhar till läkarbesöket underlättar och effektiviserar arbetet. Samtliga kollegor uppskattar att blanketten finns. Patienten får möjlighet att fylla i uppgifterna på förhand, vilket sparar tid vid bland annat anamnestagning. Patienten har med sig ett papper i stället för som i vissa fall, små svårlästa lappar. En kollega uppger att hennes patienter nu i större utsträckning, oftare kontrollerar blodtryck samt blodsocker inför besöken. ST-kollegor tycker att blanketten underlättar vid samtal med patienten kring kardiovaskulär riskbedömning.

Samtliga kollegor uppskattar utformandet av ett strukturerat arbetssätt, då det bland annat underlättar både det egna arbetet samt introduktion av nya medarbetare.

Några av faktorerna som skulle ha kunnat bidra till en försämring av indikator 3 är bland annat:

- Chefsrekrytering: uppsägning av tidigare chef som endast varit på vårdcentralen några månader. Tillsättning av interim chef samt rekrytering av ny chef.
- Personalomsättning
- Schemaändring: omstrukturering av schema samt borttag av öronmärkta tider för diabetesårskontroller då dessa tidigare inte alltid fyllts upp och enligt ny utvärdering, varit för många.
- Huvudansvarig ST-läkare, Sandy Boghos, har varit på randning samt föräldraledig.

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?

Den första delen i patientdelaktigheten utgörs av blankett som skickas hem till patienterna inför årskontroll (bilaga 2). Blanketten är ett första steg för egenreflektion kring levnadsvanor som är viktiga för grundsjukdomen men även allmänmåendet. Blanketten ger patienten möjlighet att förbereda sig och bättre förstå att besöket avser dennes diabetes och eventuella kring sjukdomar. Blanketten ger även patienten möjlighet att tänka igenom tidigare sjukdomar samt ärftlighetsfaktorer. Blanketten blir även en viss bekräftelse för patienten, att läkaren är intresserad av patientens bakgrund. Likaså får patienten en bättre kännedom om att dessa frågor faktiskt fyller en funktion vid bedömning av hela patientens sjukdomstillstånd. Detta då frågor om tobak och alkohol ibland kan upplevas som väldigt personliga och beroende på hur patienten upplever frågan inkräktande på den privata sfären. Därefter ger blanketten patienten en möjlighet att inför besöket komma på andra frågor som har med dennes diabetes att göra.

Den andra delen i patientdelaktigheten utgörs av frågeformuläret som delats ut till vissa patienter av diabetessköterska (bilaga 3). Formuläret avser att efterhöra patientens upplevelse av diabetesvården som vårdcentralen erbjuder samt ge en bättre inblick i hur patienten upplever sin vård. Det vi märkte i slutet av arbetet var att svarsfrekvensen inte var så hög på denna blankett. Det framkommer senare att det eventuellt uppkommit missförstånd och svårigheter för diabetessköterskan att dela ut dessa. Av de blanketter vi fick tillbaka var samtliga mycket nöjda med sin diabetesvård och hade inget att anmärka på. Framöver får vi fundera på om vi ska göra ett nytt försök med denna blankett, men då eventuellt posta hem den till våra diabetespatienter och utvärdera dessa anonymt därefter.

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.

Då samtliga kollegor var positiva till blanketten som postas hem inför årskontroll, har vi beslutat att fortsätta med denna. Däremot har en diskussion påbörjats kring om vi eventuellt kan skicka ut denna digitalt som ett webbformulär.

Samtliga kollegor har märkt att det är lättare att genomföra årskontroller när det finns en tidigare kontroll som är journalförd enligt diabetesmallen. Således är vi samstämmiga om att fortsätta journalföra strukturerat enligt diabetesmallen. Vi har även beslutat om att detta behöver presenteras vid introduktion för samtliga nya kollegor.

Fortsätta introducera nya kollegor för vårdcentralens strukturerade arbetssätt kring kardiovaskulär riskbedömning. Önskemål har även inkommit från nya kollegor att dokumentet som utformats under förbättringsarbetet (bilaga 1) skall finnas i introduktionspärmen som nya kollegor får ta del av.

Vi planerar att framöver försöka titta närmare på gruppen som saknar LDL-värde för att bättre förstå vilka den gruppen utgörs av. Behöver man lägga mer fokus på denna grupp, då det finns patienter där som inte bör falla mellan stolarna?

Vi behöver även se över rutiner för kallelse till årskontroller. Finns det något vi kan göra bättre för att våra siffror ska bli bättre? Kan man på något sätt i samband med att patienten lämnar prover påminna om att de fyller i patientblankett (bilaga 2) eller att de lämnar in patientformulär (bilaga 3)? Det är av intresse, att få en bättre bild av hur patienterna upplever sin diabetesvård. Därför kan det vara av värde att göra ett nytt försök, under kommande år, att försöka öka svarsfrekvensen på patientformuläret.

Det vi märker är att det är en teaminsats. Ensam går det inte att göra en förbättring, men tillsammans, med regelbundna avstämningar, kan vi bli bättre på att leverera en god diabetesvård till våra patienter.

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
forbattringsarbeten.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.