

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

### del 1 och del 2

TEMA;

## *God och säker läkemedelshantering hos äldre*

#### Information om husläkarmottagningen

##### Mottagningens namn

Husläkarmottagningen Täby centrum

##### Verksamhetschef

Ninozka Uribe

Verksamhetschefens e-post

[ninozka.uribe@primavaard.se](mailto:ninozka.uribe@primavaard.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.salso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.salso@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 del1 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: Ninozka Uribe

Profession: Sjuksköterska / verksamhetschef

E-post: [ninozka.uribe@primavard.se](mailto:ninozka.uribe@primavard.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:

Nina Möllerström sjuksköterska

Sabrina Stummvoll sjuksköterska

Yonatan Arefe; undersköterska

Manos Kokoroskos; ST läkare

Yasmin Sabetkar Specialistläkare i allmänmedicin/MLA

**B:** Eventuellt an vi involvera också patienter

**B:** Patienter kan involveras genom:

- ✓ Delges information om läkemedel / läkemedelsbiverkningar
- ✓ Lämna svarsblankett (teamet sammanställer relevanta frågor) till patienter om deras upplevelse av information kring läkemedel och läkemedelsbiverkningar före och efter läkemedelsgenomgång – lämnas anonymt.

### **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?**

Vi har identifierat ett behov av förbättring gällande processen att Förebygga, upptäcka och åtgärda läkemedelsrelaterade problem hos äldre.

Läkemedelsanvändningen bland äldre har ökat de senaste 25-30 åren vilket även innebär att risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner har ökat.

Socialstyrelsen har utarbetat riktlinjer för god läkemedelsterapi hos äldre

samt tagit fram rekommendationer om läkemedel vilka bör undvikas på grund

av hög risk för biverkningar. Homeostatiska förändringar på grund av åldrandet kan påverka bland andra balansen, kognition och njurfunktion. Vissa läkemedel har direkta biverkningar gällande funktioner ovan och därför bör undvikas. Andra, deras utsöndring sker via njurarna, kan skapa mer dramatiska biverkningar eller negativa effekter hos äldre som har nedsatt njurfunktion. När en äldre person behandlas med ett eller flera läkemedel av denna typ behöver njurfunktionen mätas och dosen anpassas, både när behandlingen påbörjas och regelbundet så länge behandlingen fortgår. Detta då nedsatt njurfunktion leder till långsammare utsöndring vilket kan leda till ackumulering av läkemedelssubstanser, resulterande i förlängd verkningsstid och förstärkta effekter med risk för biverkningar.

Vi ser i PrimärvårdsKvalitet att Husläkarmottagningen Täby centrum ligger strax under snittet, men kan förbättras, både i jämförelse med region Stockholm och med riket, när det gäller:

- a. förskrivning och/eller ordination av läkemedel vilka bör undvikas av äldre (HLM Täby centrum: 11,6% / Stockholm 12,5 %)
- b. uppmätt njurfunktion av de som behandlas med läkemedel som påverkas njurfunktion (HLM Täby centrum 81,1% / Stockholm 85,5%)

I riktlinjen för Läkemedelsgenomgångar inom Region Stockholm framgår det att det övergripande syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp.

Syftet med Läkemedelsgenomgångarna är bland annat att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Med denna metod kan man kartlägga patients samtliga ordinerade och andra använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. I samband med läkemedelsgenomgången vidtas även åtgärder för att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

Vi har med hjälp av Medrave undersökt hur många av vårdcentralens listade patienter som är inskrivna i Hemsjukvården som haft en fördjupad läkemedelsgenomgång det senaste året. Det framkommer att ingen patient haft läkemedelsgenomgång det senaste året. Vi ligger även efter gällande läkemedelsgenomgångar för diabetiker över 75 år.

I syfte att öka patientsäkerheten och förebygga, upptäcka, åtgärda läkemedelsrelaterade problem kommer vi därför under år 2024 att fokusera på att säkerställa att:

1. samtliga patienter inskrivna i hemsjukvården har en genomförd läkemedelsgenomgång under 2024
2. samtliga patienter över 75 år har en genomförd läkemedelsgenomgång under 2024
3. att det, i samband med läkemedelsgenomgång, granskas om patienten står på läkemedel som bör undvikas av äldre
4. att det, i samband med läkemedelsgenomgång, kontrolleras njurfunktion av de som behandlas med läkemedel som påverkas njurfunktion

#### **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.

God och säker läkemedelshantering hos äldre inom hemsjukvård och diabetiker över 75 år.

#### **Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

**Formulera här era mål:**

#### ***Förebygga, upptäcka och åtgärda läkemedelsrelaterade problem***

- a. *Vi vill öka andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar med patienter som är 75 år eller äldre (Hemsjukvård och diabetiker)*
- b. *Vi vill minska andelen listade patienter i åldern 75 år och äldre med olämpliga läkemedel [aldre-lakemedel-som-bor-undvikas-april2023.indd \(socialstyrelsen.se\)](#)*

<p>c. Vi vill öka antalet genomförda kontroller av kreatinin för patienter &gt;75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas av äldre njurfunktion att minska risk för allvarliga biverkningar.</p> <p>d. Vi vill göra patienten delaktig i sin läkemedelshantering genom individuellt anpassad information om läkemedelsbehandling och eventuella biverkningar</p>	
<p><b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b></p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/</a></p>	<p><b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b></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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</a></p>
<p><b>1:1</b> Stor personalomsättning under en längre tid som har lett till att processer och rutiner har fallerat</p> <p><b>1:2</b> Nya arbetsgrupper som behöver struktur i sitt arbete för att kunna möta den äldre patientgruppens behov och förväntningar</p>	<p><b>1.1:</b> Skapa tydlig rutin för erbjudande och genomförande av läkemedelsgenomgångar (enkel och fördjupad) med årliga uppföljningar för patienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ samtliga patienter, oavsett ålder, vid inskrivning i Hemsjukvård</li> <li>✓ samtliga patienter över 75 år som har diagnosen diabetes</li> <li>✓ 75 år och äldre vid besök hos läkare</li> <li>✓ 75 år och äldre med dosdispenserade läkemedel</li> </ul> <p><b>1.2:</b> Skapa processer för att öka patientens delaktighet i sin läkemedelsbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tydlig läkemedelslista med aktuella läkemedel</li> </ul> <p><b>1.3:</b> Stärka "Vår kompetens"</p> <p>Planera in kompetenshöjande åtgärder genom att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ prata om olämpliga läkemedel för äldre på våra läkarmöten</li> <li>✓ dela ut MSÄ broschyren till alla läkare (Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre)</li> <li>✓ ha korta regelbundna intern-utbildningstillfällen</li> </ul>

<p>2: Hemsjukvården har tidigare legat på underleverantör vilket försvårat planeringen och samverkan kring läkemedelsfrågor</p>	<p>2.1: Skapa tydlig rutin för erbjudande och genomförande av läkemedelsgenomgångar med årliga uppföljningar</p> <p>2.2: Samverkan mellan läkare och HSV SSK för planering och utförande av läkemedelsgenomgångar</p>
---	---

### 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/verktyslada-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 snabbspirometrier 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> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för start-läge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter ≥75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas (Äld01)	11,6 %	2024-02-16	8 %	Med-rave	Dec. 2024
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter ≥75 år som har uppmätt njurfunktion av de som behandlas med	81,1 %	2024-02-16	95 %	Med-rave	Dec. 2024

	läkemedel som påverkas njurfunktion (Äld02)					
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter inskrivna i HSV som har haft en läkemedelsgenomgång det senaste året	0 %	2024-02-16	80%	Med-rave	Dec. 2024
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med diagnosen Diabetes som har haft en läkemedelsgenomgång det senaste året	7,3 %	2024-02-16	80 %	Med-rave	Dec. 2024
<b>Indikator 5</b>						

**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.*

➤ **Planera** –vem gör vad?

- Sjuksköterskor inom hemsjukvården tar fram lista med samtliga inskrivna patienter och ansvarar, utifrån geografisk uppdelning, för att förbereda patienten för läkemedelsgenomgång
- Diabetessjuksköterska tar fram lista med patienter över 75 år som behöver läkemedelsgenomgång
- Teamet sammanställer en enkät med frågor som ställs före och efter genomförd läkemedelsgenomgång
- MAL ska diskutera med läkargruppen hur vi kan planera våra läkemedelsgenomgångar. Avsatt tid, prover/undersökningar inför genomgången, journal registrering, KVÅ-ko registrering.
- MAL och Verksamhetschef ska anpassa läkarens schema för att sätta av tid för läkemedelsgenomgångar.
- Verksamhetschef ska skapa nya journal mal för läkemedelsgenomgångar.

- Sjuksköterska Sara Vedberg, distriktssköterska Vera Martins och undersköterska Yonatan Arefe ska diskutera om hur ska kalla patienter för läkemedelsgenomgångar.
- Interprofessionellt möte med MAL och SV,VM, YA för att planera rutinen för prover/undersökningar inför läkemedelsgenomgångar.
- Möte där hela teamet deltar för avstämning och för att tydliggöra fördelningen av uppgifter och ansvar.
- Verksamhetschef, MAL och ST-läkare Manos Kokorskos ska stämma av i juni för att studera om alla aktiviteter går som planerat och agera.

**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

Flera av sköterskorna och läkarna som initialt var ansvariga för förbättringsarbetet har tyvärr slutat på mottagningen och ny personal har anställts och som efter sommaren blivit insatta i förbättringsarbetet. Det man har haft fokus på är att diabetes sköterskan börjat kalla alla diabetespatienter både till läkare och diabetes ssk för årliga kontroller då detta tidigare fallerat och man låg efter flera månader i denna kallelselista. Läkarna har börjat ha läkemedelsgenomgång i samband med diabetesårskontrollen.

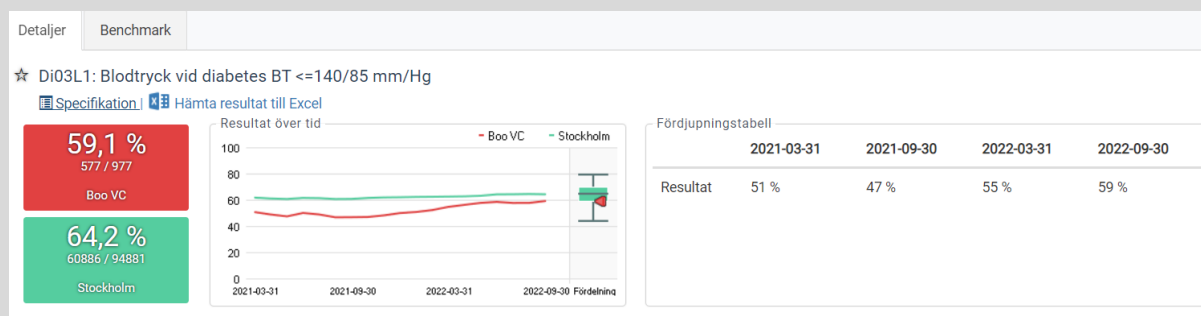
I början av året skulle man fokusera på hemsjukvården för att säkerställa att alla skulle ha fördjupad läkemedelsgenomgång men ansvarig ssk och läkare för hemsjukvården har slutat. Nu till hösten har 2 nya specialistläkare anställts som ska vara ansvariga för hemsjukvården och 2 st nya ssk har blivit ansvariga för hemsjukvården. Det finns nu avsatt tid för hemsjukvård på läkarnas schema (en eftermiddag/v) för att kunna göra hembesök. Tanken är framöver att ssk ska boka in hemsjukvårdpatienter på läkarnas schema och att man ska beta av denna lista för att göra fördjupad läkemedelsgenomgång på varje patient. Nu till hösten har även journalmallar ändrats och man har lagt till både hembesök och läkemedelsgenomgång mall så att det ska bli lättare för läkarna att dokumentera och att det registreras rätt.

Vi har under hösten haft utbildning från APC gällande nedsatt njurfunktion vilket gjort att nya läkarna blivit mer medvetna för att dels sätta diagnos enl CKD stadie och kontrollera/dosjustera patients läkemedel utifrån njurfunktionen.

Vi har under hösten med alla nya läkare haft möte om att det är viktigt att göra läkemedelsgenomgång på äldre och hur diagnosen ska sättas så det registreras rätt.

## 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:**



	<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. Med-rave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter $\geq 75$ år som behandlas med läkemedel som bör undvikas (Äld01)	11,6%	2024-02-16	8 %	9,5%	Medrave	20224-12-12
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter $\geq 75$ år	81,1 %	2024-02-16	95 %	81,4%	Medrave	20224-12-12



	som har uppmätt njurfunktion av de som behandlas med läkemedel som påverkas njurfunktion (Äld02)						
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter inskrivna i HSV som har haft en läkemedelsgenomgång det senaste året	0 %	2024-02-16	80%	0%	Medrave	20224-12-12
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med diagnosen Diabetes som har haft en läkemedelsgenomgång det senaste året	7,3%	2024-02-16	80%	15%	Medrave	20224-12-12
<b>Indikator 5</b>							
<b>Övriga kommentarer:</b>							
<b>Slutreflektion</b>							
Vad har ni lärt er?							

Först av allt är det viktigt att man har en stabil personalgrupp när man ska implementera en förändring/skapa nya rutiner. Det har varit väldigt svårt att uppnå våra mål då det varit stor omsättning både bland ssk och läkare. Det verkar att våra mål i förbättringsarbete var för ambitiösa utifrån instabilitet som förväntas i en arbetsgrupp med många nyanställda medarbetare. Till hösten har vi nu ny personal och vi har fått till nya rutiner vilket vi har lärt oss är viktigt för att kunna genomföra en förändring.

Tyvär har det registrerats fel avseende läkemedelsgenomgång hos bland diabetes patienter och HSV vilket vi har lärt oss är viktigt att påminna alla att sätta KVÅ koder när vi genomför läkemedelsgenomgångar.

Vi har också lärt oss att man ska tydligt definiera alla åtgärder som planeras. Vad betyder läkemedelsgenomgång för alla inblandade? Vad räknas för läkemedelsgenomgång i Medrave? Räcker det med att registrera koden XVO16 eller behöver man också registrera KVÅ koder för fallriskbedömning och skörhetsbedömning (Clinic Frailty Scale) som enligt Region Stockholm ska alltid göras i samband med en fördjupad läkemedelsgenomgång?

Dessutom blev det tydligt att tidsättning på förväg för att följa upp och rätta arbetet, är A och Ö för att uppfylla målen. Förbättringsarbete är mycket mer tidskrävande än man tror. Man ska spärra tid för alla inblandade på förväg för att kunna arbeta med projektet under året eftersom det är orealistiskt att förvänta att medarbetaren ska hinna utföra projektets uppgifter som tillägg i sina ordinarie arbetsuppgifter.

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?

Gällande våra diabetespatienter har vår nya diabetes ssk jobbat intensivt för att kalla alla diabetes patienter på årskontroller och vi är nu nästan ikapp listan som tidigare var flera månader efter. Vi uppnådde inte vårt mål att 80% att våra diabetespatienter skulle ha haft läkemedelsgenomgång under året men vi jobbar på det och om personalen nu blir mer stabil så ser vi inget hinder att uppnå det, patienterna har i och med detta blivit mer medvetna om att de alltid ska komma på årliga kontroller. Vår nya MLA har skapat rutin att alla diabetespatienter ska blir mer delaktiga i sin diagnos genom att tex fylla i 3-dagars blodsockerkurva inför sina årsbesök och vi tror ändå att patienterna insett att det är viktigt att de kommer på sina besök så att en läkemedelsgenomgång också kan göras i smb med besöket.

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 uppnådde inte riktigt våra mål som vi hade satt under 2024 men vi tänker arbeta framåt och har flera strategier för detta som vi redan börjat implementera under hösten:

- 1) Vi har haft fortbildning gällande nedsatt njurfunktion och vi har pratat om detta på läkarmöten under hösten och hur viktigt det är att vi faktiskt sätter CKD diagos på våra patienter och tittar noga/dosjusterar/sätter ut LM utifrån njurfunktionen. Vi ska fortsätta att påminna varandra om detta på läkarmöten och även följa upp i Medrave för att se om vår statistik blir bättre avseende dessa indikatorer.
- 2) Gällande HSV patienter har vi relativt nyligen delat upp dem på 2 läkare som ska vara ansvariga (tidigare var det flera läkare vilket gjorde att det blev väldigt ostrukturerat för ssk när de skulle ha rond med flertalet läkare). Vi har nyligen gjort schemaändringar så att HSV ansvariga läkarna har nu avsatt en em/v för hembesök och LM genomgång för våra HSV patienter. Ssk ska ha rond med ansvariga läkare och ska fördöka beta av listan så att alla HSV ska få läkemedelsgenomgång. Vi har dessutom i läkargruppen pratat om vikten att sätta KVÅ diagnos så att det registreras rätt.
- 3) Gällande diabetespatienter kommer ansvarig diabetes ssk fortsätta kalla de för årskontroller och därmed LM genomgång
- 4) Vi planerar att använda våra mänskliga resurser mer effektivt så att sjuksköterskor ska kunna hinna med att övervaka väntelistor och kalla patienter för årliga besök.
- 5) Vi ska på läkarmöte gå igenom hur vi ska göra läkemedelsgenomgångar, när, på vem och hur vi ska registrerar dem i patientens journal.

**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](mailto: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.