

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	Namn på er Informationsapotekare
Familjeläkarna Akalla	Christine Fransson
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Nusrat Gilani	nusrat.gilani@famalak.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet	Kontaktpersonens e-post
Felix Gonzalez	felix.gonzalez@famalak.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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlådaforbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se **senast den 1 mars 2025, 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 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda **senast den 31 januari 2026 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.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetsätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1–Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Felix Gonzalez
Profession: Medicinskt ledningsansvarig läkare
Att involvera flera
<p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. • Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock 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) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Felix Gonzalez (Specialistläkare), Clara Ameijeiras Gonzalez (Läkare), Ali Soltani (Distriktssköterska), Nusrat Gilani (Verksamhetschef)

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

B: Vi kommer att involvera patienternas synpunkter genom att ställa öppna frågor under besöken, vilket ger dem möjlighet att uttrycka sina åsikter och erfarenheter direkt om behandlingen och vården.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet.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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Familjeläkarna Akalla är en vårdcentral som befinner sig under en utvecklingsfas. Den tidiga etableringsfasen, tillsammans med viss personalomsättning, har gjort det utmanande att fullt ut prioritera och utveckla diabetesvården. Många av våra patienter är nylistade hos oss efter att tidigare ha varit inskrivna på andra vårdcentraler, och i vissa fall har dessa patienter inte fått en grundlig medicinsk genomgång innan de kom till oss. Ofta har läkemedel endast förnyats utan att nödvändiga diabetesprover tagits, vilket ibland har baserats på antagandet att tidigare vårdgivare redan genomfört adekvata uppföljningar.

För att förbättra diabetesvården har vi nu valt att särskilt fokusera på patienter som lider av typ 2-diabetes. Vi har inlett en noggrann kartläggning av deras blodtrycksnivåer och vidtagit åtgärder för att säkerställa att behandlingen av högt blodtryck är mer anpassad och effektiv. Målet är att fler patienter ska nå sina målvärden för blodtryck inom vår hypertoniomtagning, vilket är avgörande för att minska risken för hjärt-kärlsjukdomar och andra långsiktiga hälsoproblem. Vi har även riktat fokus på att förbättra behandlingen av blodfettssrubbnings. Genom att optimera denna behandling vill vi minska risken för allvarliga sjukdomar och samtidigt förbättra patienternas livskvalitet.

Samtidigt prioriterar vi tidig identifiering av individer med prediabetes, vilket ger oss möjlighet att sätta in förebyggande åtgärder i ett tidigt skede. Här fokuserar vi särskilt på att stödja livsstilsförändringar som kan fördröja eller helt förhindra utvecklingen av typ 2-diabetes.

På vår diabetesmottagning arbetar vi i ett tvärprofessionellt team som inkluderar läkare, diabetessköterska, medicinsk foterapeut och andra yrkeskategorier. Tillsammans identifierar vi de utmaningar som våra patienter står inför och utvecklar strategier för att förbättra diabetes vården. Dessa strategier implementeras sedan i vårt dagliga arbete för att erbjuda individanpassad behandling.

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 mellitus typ 2

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Målet med arbetet är att tidigt upptäcka diabetes hos patienter för att snabbt kunna påbörja behandling och hindra att sjukdomen utvecklas. Genom detta hoppas vi kunna minska risken för allvarliga komplikationer och behovet av avancerad vård. För att nå detta har vi satt upp följande mål:

- **Öka andelen personer med diagnostiserad typ 2-diabetes** genom en mer omfattande screening som når fler individer i riskzonen för sjukdomen.
- **Öka andel patienter med diabetes som har HbA1c <52** hos diabetespatienter, med målet att fler når ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol.
- **Öka andelen diabetiker med blodtryck $\leq 140/85$ mmHg** för att minska risken för hjärt-kärlkomplikationer.
- **Öka dokumentationen av BMI** i patientjournaler för att skapa bättre förutsättningar för individanpassad behandling och uppföljning.
- **Öka andelen diabetiker till ögonhälsoundersökningar**, så att fler diabetespatienter genomgår ögonbottenundersökningar för att tidigt upptäcka diabetesrelaterade ögonskador.

Denna satsning kommer att genomföras under 2025 och har som mål att förbättra den förebyggande vården samt öka livskvaliteten för personer med diabetes.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

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

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Vårdcentral är fortfarande under etableringsfas

1.1: Välfungerande lokal rutin för diabetesbehandling.

2: Otillräcklig kunskap inom diabetesområdet

2.1: Kompetensutveckling inom området
2.2: Tvärprofessionellt samarbete för att sprida kunskap.

3: Många nya kollegor, brist på erfarenhet eller avsaknad av tydliga lokala rutiner.

3.1: Stärka introduktionen för nya medarbetare.

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbatteringstrappa/>

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.)

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). Självlärt kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antaleller Andel. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål(% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Förekomst av diagnos diabetes typ 2	9% (167)	2025-01-01	10%	MedR ave	Dec 2025
Indikator 2	Andel av patienter med diabetes som har HbA1c <52	55,1% (90)	2025-01-01	58%	MedR ave	Dec 2025
Indikator 3	Andel av patienter med diabetes som har blodtryck ≤140/85 mmHg	84,6% (137)	2025-01-01	86%	MedR ave	Dec 2025
Indikator 4	Andel BMI patienter med diabetesdiagnos	77% (119)	2025-01-01	80%	MedR ave	Dec 2025
Indikator 5	Andel typ 2 diabetiker som gjort ögonbottenundersökning	79% (123)	2025-01-01	80%	MedR ave	Dec 2025

Kommentar(valfritt):

TIPS: Noteranågonstans 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbatteringstrappa/>

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 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?

Vi är i en utvecklingsfas av strukturering och förstärkning av vår verksamhet inom diabetesvården och har implementerat tydliga rutiner på mottagningen. Alla medarbetare, särskilt nyanställda, får löpande information om aktuella riktlinjer och individuella behandlingsmål för diabetespatienter. För att säkerställa en noggrann uppföljning använder vi en specifik diabetes mall som inkluderar relevanta sökord och KVÅ-koder. Dessa fylls i vid varje läkar- och diabetessköterskebesök, vilket underlättar både dokumentation och uppföljning.

Vi har valt indikatorn ”Andel av patienter med diabetes som har blodtryck $\leq 140/85$ mmHg” eftersom den möjliggör en enkel och tydlig uppföljning av blodtryck hos alla våra diabetespatienter, samtidigt som den speglar både yngre och äldre patienters behandlingsmål.

Vi är medvetna om de åldersanpassade målen enligt Viss.nu:

- ≤ 70 år: 120–129/70–79 mmHg
- 70 år: 130–139/70–79 mmHg

Indikatorn används som ett övergripande mått i vårt förbättringsarbete, medan vår diabetesmall säkerställer att varje patients målvärde är individuellt anpassat utifrån ålder, samsjuklighet och risk för biverkningar. På så sätt kan vi både följa upp vår övergripande målsättning och garantera medicinskt korrekta, individanpassade behandlingsmål, vilket stärker patientsäkerheten och kvaliteten i vår diabetesvård.

För att garantera att vi följer de rekommenderade riktlinjerna och kontinuerligt övervakar viktiga parametrar såsom HbA_{1c}, lipider och njurfunktion, har vi integrerat ett anpassat provtagningspaket för diabetesvård i vårt journalsystem. Detta paket gör det möjligt för oss att systematiskt och effektivt följa upp dessa nyckelvärden vid varje relevant patientbesök, vilket bidrar till en mer strukturerad och noggrann behandling av våra diabetespatienter. Vi har även utarbetat en specifik kallelse för årskontroller för diabetespatienter.

För att stödja våra patienter i livsstilsförändringar erbjuder vi rådgivning genom vår livsstilmottagning, där vi fokuserar på kost och fysisk aktivitet. Diabetessköterskorna använder material från vårdgivarguiden, inklusive bildstöd och informationsblad, för att förenkla och förtydliga samtalen med patienterna. Dessa verktyg hjälper till att förklara komplexa begrepp på ett lättförståeligt sätt, vilket gör att patienterna kan delta mer aktivt i sin egen vård och förstå vikten av livsstilsförändringar.

Vi avser att ha återkommande falldiskussioner om diabetespatienter på våra läkarmöten. Under APT lägger vi särskild vikt vid förskrivning av FaR (Fysisk aktivitet på recept) samt utbildning via Lärtorget, vilket gör att vi kontinuerligt förbättrar och uppdaterar vår kompetens för att ge våra patienter det bästa möjliga stödet.

För att effektivt följa upp våra diabetespatienter och säkerställa att de får rätt behandling och provtagning, använder vi MedRave. Varje månad granskar diabetesvårdsteamet våra resultat i MedRave för att främja kontinuerlig utveckling och garantera att vi erbjuder den bästa tänkbara vården till våra diabetespatienter.

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

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. ”Boo VC diabetes 2025 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 2025 till: forbattningsarbeten.apc.slsso@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

Vi har under perioden arbetat systematiskt med att förbättra vården för patienter med typ 2-diabetes. Genom regelbundna teammöten mellan läkare och sjuksköterskor går vi igenom patienterna, med särskilt fokus på de som har förhöjt HbA1c eller avvikande blodtryck. Detta har gett bättre överblick och skapat en gemensam plan för uppföljning och behandling.

Ett viktigt fokusområde har varit att skapa ett strukturerat flöde för blodtrycksuppföljning. Alla patienter får sina blodtryck registrerade på ett enhetligt sätt i journalen, vilket gör det enkelt att följa värden över tid och planera uppföljning. Blodtrycken följs upp med individuellt anpassade mål som tar hänsyn till patientens ålder, allmänna hälsotillstånd och eventuella andra sjukdomar. Yngre patienter har generellt något lägre mål än äldre, och målsättningarna justeras utifrån riskprofil och behandlingsförmåga, vilket säkerställer att uppföljning och behandling blir både säker och effektiv. Vid avvikande värden följs en tydlig behandlingskedja: läkaren justerar medicineringen och sjuksköterskan följer upp tills det individuella målet är uppnått, med återkommande kontroller och dokumentation. Detta arbetssätt har testats i liten skala och blivit en standardrutin för hela verksamheten.

Patienterna har också blivit mer delaktiga i sin egen vård genom information, stöd och tydliga behandlingsmål. För de som haft svårigheter att nå målen har vi lagt upp fler uppföljningstillfällen och arbetat i team för att anpassa planen efter individens behov.

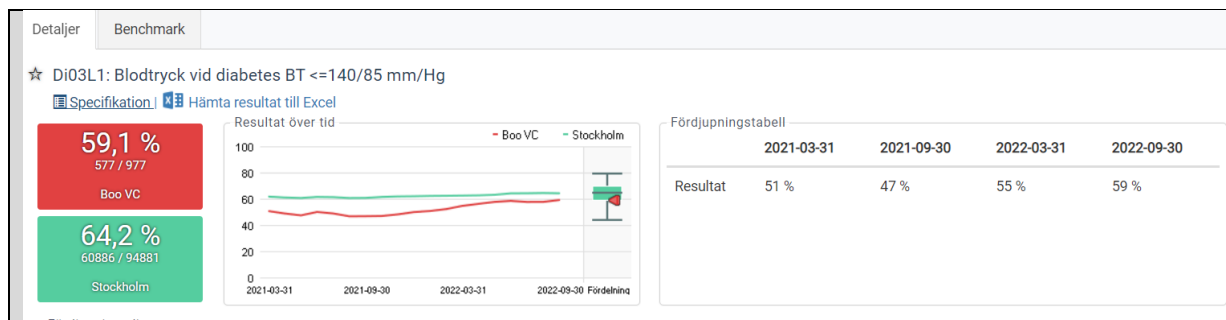
Arbetet bygger på uppdaterade rutiner och riktlinjer för diabetes, blodtryck och blodfetter, och vi har förbättrat remissflöden till livsstilmottagning, dietist, medicinsk fotvård och andra stödresurser, så att fler patienter får rätt hjälp vid behov.

Ett annat viktigt förbättringsområde har varit schemalagt återbesök. Diabetessjuksköterskan avsätter tid varje vecka för att identifiera patienter som behöver kontroller eller saknar aktuella prover, vilket gör uppföljningen mer konsekvent. Läkare har även särskilda tider för diabetesbesök, vilket underlättar snabba medicinjusteringar.

Genom dessa förändringar har vi skapat ett mer strukturerat och enhetligt arbetssätt som ökar kvaliteten och kontinuiteten i diabetesvården. De förbättringsidéer som testats i liten skala har nu blivit standardrutiner som alla följer, vilket säkerställer en konsekvent och individanpassad uppföljning av patienterna.

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Förekomst av diagnos diabetes typ 2	9% (167)	2025-01-01	10%	8,8% (163/1860)	MedR ave	Dec 2025
Indikator 2	Andel av patienter med diabetes som har HbA1c <52	55,1% (90)	2025-01-01	58%	58,9% (96/163)	MedR ave	Dec 2025
Indikator 3	Andel av patienter med diabetes som har blodtryck ≤140/85 mmHg	84,6% (137)	2025-01-01	86%	83,4% (136/163)	MedR ave	Dec 2025
Indikator 4	Andel BMI patienter med diabetesdiagnos	77% (119)	2025-01-01	80%	75% (116)	MedR ave	Dec 2025
Indikator 5	Andel typ 2 diabetiker som gjort ögonbottenundersökning	79% (123)	2025-01-01	80%	88% (137)	MedR ave	Dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Under arbetet med patienter med typ 2-diabetes har vi lärt oss hur viktigt det är att följa upp och dokumentera de värden som ger oss en tydlig bild av patientens hälsa, som HbA1c, blodtryck, blodfetter, vikt och rökvanor. När vi ser förändringar över tid kan vi bättre anpassa behandlingen och ge patienten konkreta råd som gör skillnad.

Vi har också insett hur mycket det betyder att få patienterna delaktiga. När de kommer förberedda till besöken, till exempel med sina blodsockerkurvor, blir samtalet mer konkret och patienten får större förståelse för sin egen situation. Kontinuerlig kontakt med diabetessjuksköterska, samtal om livsstil och stöd med att följa upp värden gör att patienterna blir mer motiverade och tar större ansvar för sin behandling.

Teamarbete och samarbetet mellan olika yrkesgrupper har varit en annan viktig lärdom. När vi arbetar tillsammans, delar erfarenheter och använder gemensamma rutiner blir resultatet bättre utan att någon behöver arbeta mer än nödvändigt. Vi har också sett att även små, välplanerade insatser kan ge bestående förbättringar om de genomförs med engagemang och struktur.

Slutligen har vi lärt oss att det är avgörande att avsätta tid för uppföljning och att ha tydliga ansvarsfördelningar. Engagerad personal, nära samarbete med patienterna och tydliga rutiner är nyckeln till att förbättringar håller i längden och verkligen gynnar patienternas hälsa.

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?

Under vårt arbete har vi lärt oss hur viktigt det är att lyssna på patienterna och använda deras egna erfarenheter för att förbättra vården. Genom att patienter tar med sina blodsockervärden och berättar om hur de mår, har vi kunnat anpassa råd och behandling utifrån varje individs situation. Det har gjort att patienterna blir mer delaktiga, ställer fler frågor och tar ett större ansvar för sin egen hälsa.

Vi har också arbetat mycket med motiverande samtal och regelbunden uppföljning tillsammans med läkare, diabetessjuksköterska och dietist. Genom att informera om risker, blodtryck, blodfetter och kost- och motionsvanor får patienterna verktyg att själva påverka sin hälsa. De som har varit extra motiverade har kunnat använda tips och råd direkt i vardagen, vilket tydligt förbättrat deras följsamhet och resultat.

Återkommande uppföljning och teamarbete har också varit viktigt. Genom att tillsammans med patienten gå igenom blodsockervärden, blodtryck och prover kan vi snabbt justera insatser och ge stöd där det behövs. Även fysisk aktivitet och stöd från sjukgymnast har ibland varit en del av planen för att öka motivationen.

Patienternas engagemang och kunskap har varit centralt för vårt arbete. När vi lyssnar, involverar och stödjer dem blir vården mer meningsfull och patienterna får större möjlighet att påverka sin egen hälsa.

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.

Framöver vill vi fortsätta arbeta strukturerat med våra patienter med typ 2-diabetes och se till att de förbättringar vi gjort verkligen består över tid. Vi planerar att ha regelbundna uppföljningar hos både läkare och diabetessjuksköterska, där vi tillsammans med patienten tittar på värden, mål och eventuella livsstilsförändringar.

Patienternas delaktighet är fortfarande i fokus. Genom att visa deras egna värden och prata om mål och åtgärder blir det lättare för patienterna att förstå sin situation och ta ansvar för sin behandling. Vi vill också att detta arbetssätt blir en rutin som alla i verksamheten följer, så att nya medarbetare snabbt kommer in i strukturen.

Vi kommer att följa upp resultaten kontinuerligt och reflektera över hur arbetssättet fungerar, så att vi kan justera och förbättra där det behövs. På det sättet hoppas vi kunna ge patienterna bästa möjliga stöd och skapa långsiktiga, hållbara förbättringar.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.slso@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") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.