

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Typ-2 Diabetes

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Jakobsbergs Universitetsvårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Niss Maria Arthursson
Verksamhetschef Eva Andersson	Verksamhetschefens e-post eva.andersson@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Alex Relander	Kontaktpersonens e-post alex.relander@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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 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](mailto: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 arbetssätt). 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: Alex Relander
Profession: ST-läkare

**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 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:

Alex Relander, ST-läkare  
Humera Memon, Specialist i allmänmedicin, MAL  
Malin Brattström, DSK  
Marijoy Börjesson, SSK  
Eva Bergqvist, USK

Alla läkare på vårdcentralen arbetar aktivt i förbättringsarbetet. Läkarteamet består idag av 6 specialister, 3 ST-läkare, 1 BT-läkare med ST-integrering, 2 legitimerade läkare och 1 AT-läkare. Utöver detta är 1 distriktsköterska, sjuksköterskor och 1 undersköterska direktinvolverade i arbetet. Övrig personal inom samtliga yrkeskategorier kommer informeras om att förbättringsarbetet pågår och varför det är viktigt.

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

B:

Efterhöra med patienten under pågående uppföljningsbesök hos sjuksköterska eller läkare om sin livskvalitet och den vård de får.  
Kontakta ett urval av patienter telefonledes för att efterhöra hur de mår i sin sjukdom och från den givna behandlingen, huruvida de har några önskemål eller synpunkter gällande given vård och behandling, samt hur uppföljningen fungerat.  
Uppföljning inom vårdcentralen med interprofessionella möten såväl som APT.

### **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 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

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

*Jakobsbergs Vårdcentral har en stor andel patienter med typ-2 diabetes, med samtida hjärtkärlsjukdom och/eller kronisk njursjukdom.*

*I medrave synes att utav våra 883 patienter med T2DM, har 204 av dessa patienter manifest kardiovaskulär sjukdom. 115 av dessa dvs, 56% är förskrivna med antingen GLP1/SGLT2-hämmare, varvid 39% motsvarar enbart SGLT-2 hämmare.*

Genomsnittet för förskrivning av dessa preparat i Region Stockholm för denna patientgrupp, ligger på 80%. I och med att SGLT2-hämmare även har evidens för njurskydd finns det gynnsamhet för den lokala folkhälsan hos våra patienter att motverka denna underförskrivning och öka andelen patienter med T2DM som behandlas med SGLT-2 hämmare.

### 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

### 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/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

#### Formulera här era mål:

- 1) **Kartlägga andelen patienter med T2DM och kardiovaskulär sjukdom och/eller kronisk njursjukdom genom utökad provtagning av krea, cyst. C, eGFR och u-albumin. med hjälp av förbättrad compliance till provtagning (förbättrad brevkallelse med tydligare information om urinprovtagning inför hälsokontroll)**
- 2) **Motverka mörkertal av manifest njursjukdom hos patienter med T2DM och öka diagnosregistreringen av CKD med hjälp av tydligare rutin vid besök för T2DM hos läkare och sjuksköterska**
- 3) **Motverka underförskrivning av SGLT2-hämmare hos andelen patienter med T2DM och kardiovaskulär sjukdom som har indikation för behandling men saknar SGLT-2 hämmare**
- 4) **Motverka underförskrivning av SGLT2-hämmare hos andelen patienter T2DM utan kardiovaskulär sjukdom med manifest njursjukdom som har indikation för behandling men saknar SGLT-2 hämmare**

### 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/> <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

1: Dålig compliance avseende provtagning inkl. urinprov

### 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/>

1.1: Uppdatera kallelsebrev för tydlighet  
1.2: Säkerställa att prover är inlagda inför besök

	1.3: Infoblad i väntrummen avseende diabetes och komplikationer, infoblad i väntrummen avseende SGLT2-hämmare
2: Bristande diagnosregistrering vid erhållna prover som talar för manifest njursjukdom	2.1: Registrera eGFR i journalen på alla patienter som har eGFR < 60 ml/ min/1,73 m <sup>2</sup> 2.2: Införa rutin att kontrollera att diagnos finns vid avvikande värde i samband med annan sökorsak
3: Bristande compliance till planerade uppföljningar hos vårdgivare	3.1: Informera om vikten av besök hos diabetessköterska och läkare 3.2: 3.3:

### 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-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.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåtten 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. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	<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. Medr-ave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	T2DM + CVD + SGLT-2/GLP-1	50%	25-01-22	80%	Medr-ave	251231
<b>Indikator 2</b>	T2DM + CVD + SGLT-2	39%	25-01-22	50%	Medr-ave	251231
<b>Indikator 3</b>	T2DM + registrerat eGFR <60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	25%	25-01-22	50%	Medr-ave	251231
<b>Indikator 4</b>	T2DM utan eGFR registrering	27%	25-01-22	10%	Medr-ave	251231
<b>Indikator 5</b>	a. T2DM + Hba1c <52 mmol/mol b. T2DM + Hba1c > 52 <b>men</b> <70 mmol/mol	a. 50% b. 31%	25-01-22	a.55% b.35%	MedR-ave	251231

### 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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 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.*

Målgruppen för SGLT-2 behandling kommer vara patienter med T2DM och samtidig manifest hjärtkärlsjukdom (t.ex. Tid. MI, stroke, hjärtsvikt) och/eller manifest njursjukdom med eGFR <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> och/eller albuminuri. Somliga patienter till trots sina indicerade diagnoser kan komma att behöva utökad provtagning för att säkerställa att de inte löper alldeles för stor risk att utveckla ketoacidosis. Exempelvis c-peptid <0.3 trots p-gluk > 10 mmol/l = kontraindikation. C-peptid 0.3–0.6 beaktande av försiktighet, överväg klinisk bild. C-peptid >0.6 indicerad med behandlingsstart.

Patienterna kartläggs i enlighet med MedRave huruvida de står på SGLT-2 hämmare eller inte av läkare och DSK. Patienter kallas av USK efter denna lista till ett första besök hos läkare. I kallelsen bifogas ett brev som förklarar syftet till kallelsen avseende förbättringsarbetet med lättare information om SGLT-2 hämmare och dess effekt. Läkaren gör en klinisk bedömning för ställningstagande till insättning. Efter att patienten satts in på läkemedlet uppföljning per telefon hos läkare, DSK eller SSK för att säkra compliance och utvärdera potentiella biverkningar efter 1 vecka, därefter sedvanlig uppföljning hos diabetessköterska enligt rutin för diabetesuppföljning, dvs. Inom 3–6 månader med HbA1c, f-pgluk, eGFR (kreatinin+cystatinC), u-albumin, u-albumin/kreatin + fysiskt besök.

Förbättringsarbetet pågår fortlöpande under året, med regelbundna kontroller av angivna indikatorer. Under läkarmöten såväl som APT kommer personalen uppdateras om förbättringsarbetets progress varvid även information om Typ-2 diabetes, hjärtsjukdom, njurkomplikationer förmedlas.

**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.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

Vi valde att inte lägga ut några infoblad i väntrummen, dels för att inte översvämma informationsflödet från övrig viktig information och för att tänka på miljön vad gäller överflödig pappersutskrift.

Patienterna kartlades i enlighet med MedRave huruvida de var utrustade med organskydd, rapporteringen för Hba1c och nivå av eGFR. Högriskpatienter försökte prioriteras att kallas i första hand samt patienter som inte varit på besök hos vare sig distriktsköterska eller läkare på flera år. Kallelseformatet utgick i första hand i form av brev, där det i kallelsen bifogades ett brev som förklarade syftet med besöket avseende förbättringsarbetet och övergripande information om organskyddande preparat såsom SGLT-2 hämmare och dess effekt. Vissa patienter kunde bli inbokade på enstaka återbudstider och då skedde kallelse per telefon med muntlig redogörelse av brevets innehåll. Läkaren gjorde en klinisk bedömning\* för ställningstagande till insättning. Med sig från besöket fick patienten i handen kompletterande informationsblad från janusinfo "Till dig som behandlas med..." sett till effekter, biverkningar. Uppföljningsformatet berodde sedan på fall till fall; vissa patienter följdes upp per telefon där vårdalliansen tillät detta, och övriga patienter följdes upp antingen hos DSK/SSK eller läkare för att säkra följsamhet till behandling och utvärdera potentiella biverkningar. Uppföljande blodprov för kontroll av elektrolyter togs 3 veckor in på insatt behandling, därefter planerades sedvanlig uppföljning hos diabetesköterska enligt rutin för diabetesuppföljning; dvs. Inom 3-6 månader med hba1c, fP-gluk, eGFR (kreatinin+cystatin C), u-albumin, u-albumin/kreakvot + fysiskt besök.

Vad gäller punkt 4 i del 1 var målet att öka organskyddet för patienter med T2DM utan kardiovaskulär sjukdom, med isolerad njurproblematik. Detta var realistiskt då patientprofilen inte förekom och därför inte täcks av en enskild indikator. I princip samtliga patienter med eGFR <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> och/eller albuminuri hade samtida manifest kardiovaskulär sjukdom.

\*Målgruppen för SGLT-2 hämmare utgjorde i första hand patienter med T2DM och manifest hjärtkärlsjukdom (t.ex. Tidigare MI, stroke, hjärtsvikt) och/eller manifest njursjukdom med eGFR <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> och/eller albuminuri. En del patienter till trots sina indicerade diagnoser föranledde utökad provtagning med t.ex. c-peptid för att säkerställa att de inte löpte för stor risk att utveckla euglykem ketoacidosis. Tecken till detta kunde vara patienter som vid sjukdomsdebut hade hba1c-värden motsvarande högrisk-kategori, patienter med förändrad kroppsbyggnad innefattande viktminskning, avmagring, patienter med snabbt behov av insulin vid introduktion till diabetesbehandling, patienter med långvarig insulinbehandling, äldre och sköra.

C-peptid användes att tas postprandiellt, gärna efter födoämnesprovokation med kontroll av p-gluk med krav på 10 mmol/l eller mer för att c-peptid skulle tolkas tillförlitligt.

C-peptid <0.3 trots p-gluk > 10 mmol/l = kontraindikation

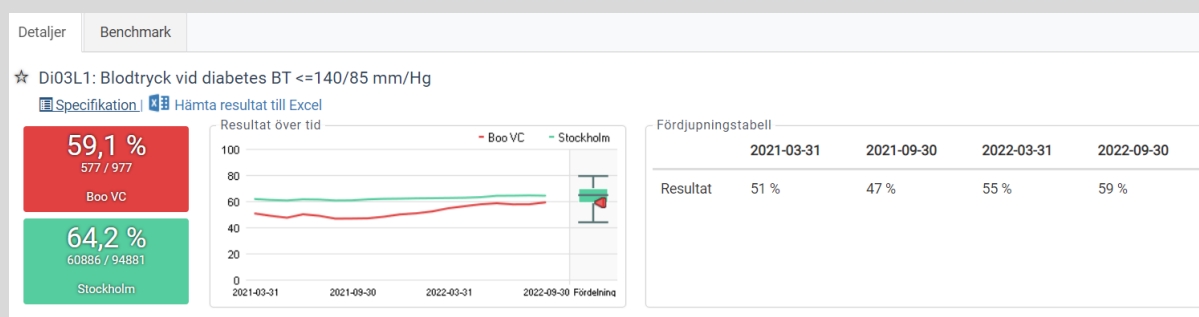
C-peptid 0.3-0.6 = gråzonvärde där insättning av behandling beaktades med försiktig avvägning av klinisk bild.

C-peptid >0.6 = Indikation för behandlingsstart.

**OBS!** C-peptid-provtagning användes **inte** som en screening-metodik eller generaliserad provtagning, utan det utgjorde tillägg som stöd när kliniken eller riskfaktorerna behövde beaktas.

## 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 namn T.ex. Andel	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	T2DM + CVD + SGLT-2/GLP-1	50%	25-01-22	80%	61%	Ndr.regist ercentru m.se, Medrave	251231
<b>Indikator 2</b>	T2DM +CVD + SGLT-2	39%	25-01-22	50%	43%	Ndr.regist ercentru m.se, Medrave	251231
<b>Indikator 3</b>	T2DM + registrerat eGFR <60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	25%	25-01-22	50%	37%	Medrave	251231
<b>Indikator 4</b>	T2DM utan eGFR registrering	27%	25-01-22	10%	10%	Medrave	251231
<b>Indikator 5</b>	a. T2DM + Hba1c <52 mmol/mol  b. T2DM +Hba1c > 52 <b>men</b> <70 mmol/mol	a. 50%  b. 31%	25-01-22	a.55%  b.35%	a.59%  b.32%	Medrave	251231

**Övriga kommentarer:**

Data från NDR förtäljer för indikator 1: att vi ligger bättre till (61%) än Riket (47%) och Region Stockholm (54%). Vi har omkring 10%-enheter mer förskrivning av SGLT2-hämmare än Riket såväl som Region Stockholm. Vidare har vi fångat upp flera patienter som haft allvarligare njursjukdom än tidigare känt då indikator 3 ökat från 25 till 37% samtidigt som mörkertalet för eGFR registrering minskat till att endast 10% patienter saknar registrering.

s

En större del patienter har nu HbA1c <52 mmol/mol (ökning med 9%) samtidigt som högriskpopulationen endast stigit med 1%-enheter. Under året har MedRave haft vissa problem där data inte inhämtades korrekt och sannolikt orsakade en eftersläpning i registreringen av våra patientpopulationer samt deras dataförändringar. Vid förbättringsarbetets start förtäljdes exempelvis via MedRave att vi hade 884 patienter med T2DM och återkommande under året presenterades en reduktion till 654 patienter. Däremot har NDR visat en successiv ökning till ett patientantal på 916 vilket också numera är synligt i MedRave, och talar för att T2DM fortsatt är ett betydande folkhälsoproblem, samtidigt som det förtäljer att vi torde ha upptäckt fler av denna kategori.

Ökningen av SGLT-2 hämmare med 4%-enheter kan anses vara en blygsam ökning med betänksamhet till det satta målet på 11%-enheter (start 39%; tänkt mål 50%) men anses helt att förvänta med betänksamhet till flera faktorer: Marknadskrafter som inverkan på patientens egenförfattade premiss inför val av läkemedel. En patient med diabetes och övervikt, i behov av organskydd tenderar oftare att dras till GLP-1 framförallt när viktnedgången också behjälper emot pre-renal riskfaktorer. SGLT2-hämmare är primära valet för specifikt njurskydd varför en ökning med 4%-enheter har ett kliniskt signifikant värde för just njurskyddsaspekten. Det kan kräva en viss möda att argumentera för parallellinsättning av två läkemedel med olika farmakomekanistiska verkningssätt och det kan finnas en viss kontraindikation initialt även vad gäller tandem-insättning på kort tid varför patienterna ofta uppmärksammades hamna i ett antingen eller scenario.

De satta målen uppfattas **inte** ha varit orealistiska, tvärtom ambitiösa och moralhöjande. Ett totalt organskydd på 61% är en ökning med 11%-procentenheter från start vilket får betraktas som en signifikant ökning. Målsättning på 80% har inte uppnåtts men detta är en fråga om tid, framförallt med beaktande till att allt fler organskyddande strategier tillkommer på marknaden och är under utveckling.

**Slutreflektion**

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att patienter uppskattar information och när de väl får information i förväg med framförhållning kan vårdbesök gå från ett informationsgivande besök till ett beslutsfattande besök. Besöken handlade mer om följdfrågor kring strategier kring hur eventuella biverkningar bör hanteras, och patienten uppfattas mer delaktig i vården. Skepticism uppfattades ej lika förekommande. Proaktiva uppföljningarna har ökat patienternas delaktighet, trygghet och compliance och behjälpt att kupera och lindra besvärliga och allvarliga biverkningar.

En systematisk tillämpning av MedRave demaskerar betydande mörkertal avseende patienter med njursjukdom som annars kan komma att döljas inom den dagliga verksamheten. Genom att förtydliga information i kallelsen ökade vi följsamhet till generell provtagning (blodprov + urinprov). C-peptid är ett mycket utmärkt verktyg för att öka säkerheten för de patienter som har vissa risker sett till behandlingen och utgör utmärkt stöd att förhindra en förskrivning som skulle kunnat resultera i en euglykem ketoacidosis för att patienten inte kan dricka eller äta ikapp hypoglykemin som tillkommer från det ökade glukagon:insulin ratiet.

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?

*Tyngdpunkten i besöket har flyttats från informationsgivande till beslutsfattande samtal genom att involvera patienten tidigt redan innan besöket. Patientens förståelse har ökat. Delaktigheten har säkrats genom mer proaktiv uppföljning vilket möjliggjort att eventuella biverkningar fångats upp tidigt (t.ex. Yrsel sekundärt till begynnande intorkning) har kunnat diskuteras och kuperats innan det utmynnat i något mer besvärande eller förödande för patienten, samtidigt har följsamheten till behandling kunnat verifieras.*

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.

1. Behålla den uppdaterade brevkallelsen med information om provtagning 1 vecka före besök.
2. Inkludera infoblad om organskyddande LM såsom SGLT-2 hämmare för de patienter som fortsatt står utan organskyddande LM där behovet föreligger. Överväga att ändra infobladet till att innehålla mer generell information om organskyddande läkemedel
3. Lägga till så eGFR finns automatiskt i journalen som egen rad i diabetesbesöksmallen (behöver än så länge manuellt läggas till från "lägg till rad/mall" i TakeCare).
4. Fortsätta arbeta systematiskt med NDR och MedRave på ett standardiserat vis.

**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 [forbattringsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.slo@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.