

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

### Skärholmens vårdcentral del 1

## Diabetes typ 2 HbA<sub>1c</sub> >70 mmol/mol samt LDL målnivån hos patienter med måttlig risk för CVD

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Skärholmens vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Katrina Dee
Verksamhetschef: Ina El-Sherif	Verksamhetschefens e-post ina.el-sherif@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Razan Mardini	Kontaktpersonens e-post razan.mardini@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 forbattningsarbeten.apc.slso@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.

**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: Razan Mardini
Profession: ST-läkare
E-post: razan.mardini@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 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: Natasha Tajfar, diabetessjuksköterska. Peter Bety specialist i allmänmedicin, klinisk handledare. Ina El-Sherif, verksamhetschef.

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

B: Teambesöksmodellen: första besöket patient, läkare och ssk. Med uppföljning inom 6 månader ett till teambesök.

### 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.**

*Skärholmen är ett område i södra Stockholm. Stadsdelen består av Bredäng, Sätra, Skärholmen och Vårberg och har ungefär 37 000 invånare varav 72,3 % har utländsk bakgrund enligt områdesstatistik hämtad från Stockholms stads hemsida den 31 december 2023. Befolkningen i Skärholmen har en jämförelsevis stor andel socioekonomisk belastning. Detta avspeglas i en del för hälsan avgörande livsstilsfaktorer.*

*På Skärholmens vårdcentral har vi i grunden en god rutin kring hanteringen av våra diabetespatienter, men trots detta uppvisar data att 11 % av våra listade patienter med diabetes typ 2 (DM2) har ett HbA1C över 70 mmol/mol, vilket inte uppfyller Socialstyrelsens rekommendationer som är HbA1c under 10% och trenden för år 2025 visar att LDL-nivåerna hos patienter med måttlig risk för kardiovaskulär sjukdom (CVD) på Skärholmens vårdcentral kommer att bli försämrade i jämförelse med riket.*

*Då andelen patienter med typ 2-diabetes (DM2) i förhållande till antalet listade på vårdcentralen är högre jämfört med andra stadsdelar och kommuner inom Region Stockholm, och dessutom ökar, vill vi förbättra*

våra rutiner för att säkerställa att vi framöver når Socialstyrelsens rekommenderade målvärden för HbA1c och att våra patienter med (DM2) som under 50 år och utan CVD når sina LDL-mål. Genom att göra detta strävar vi efter att förebygga framtida komplikationer för dessa patienter.

### 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-forbattningstrappa/>

#### Formulera här era mål:

1. Första målet är att uppnå de HbA1c-värden som rekommenderas av Socialstyrelsen för patienter med typ 2-diabetes. Dvs patienter med HbA1c över 70 mmol/mol inte ska överstiga 10 %.
2. Ett annat mål är att förbättra LDL-nivåerna hos patienter under 50 år med måttlig risk för kardiovaskulär sjukdom på vårdcentralen, så att vi når målvärdet LDL < 2,5 mmol/l.
3. Detta för att förhindra och minimera komplikationer relaterade till diabetes typ 2. Dessa mål tar även hänsyn till att förbättra patientens upplevda livskvalitet. Och minskar samhällets vårdkostnader i längden.

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

1: Tidskrävande kontroller.

1.1: Täta distanskontroller för uppföljning hos läkare/  
diabetessköterska,  
1.2: Ny rutin?  
1.3:

2: Patientföljsamhet

2.1: Effektivisera teamarbetet  
2.2:  
2.3:

3:

3.1:  
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 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. 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>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Procentandel av patienter med diabetes typ 2 som har ett HbA1c över 70 mmol/mol.</i>	11 %	Januari 2025	<10%	NDR (25-02-20)	<i>december 2025</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Hur stor andel av patienterna uppnådde målvärde för LDL-kolesterol med måttlig risk för CVD</i>	61%	Januari 2025	Jämföra med riket	NDR (25-02-20)	<i>december 2025</i>
<b>Indikator 3</b>						
<b>Indikator 4</b>						
<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/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 sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Planera: Patientgruppen omfattar alla patienter med diagnosen diabetes typ 2, i åldern 18–108 år, som är listade på Skärholmens vårdcentral under perioden 2025-01-01 till 2025-12-31 och har HbA1c över 70 mmol/mol och LDL över 2,5 hos patienten med ålder under 50 år med måttlig risk för CVD. Identifiera via Medrave hur många och vilka patienter som ligger över 70 mmol/mol och LDL över 2,5 bland ovanstående grupp patienter och sen samla teamet och göra upp individuella planer. Diabetessjuksköterskan drar ut rapporter kvartalsvis som diskuteras och följs upp av teamet. I slutet på mars, juni, september samt december.

**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

## **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

Statistiken visar att en stor del av patienterna nådde förbättrade värden eller påbörjade en aktiv samverkan. Det noterades dock ett signifikant bortfall (19 st) som inte alls deltog, vilket påverkar det totala resultatvärdet. Resultaten för LDL verkade i linje med riksgenomsnittet, vilket tyder på att den initiala riskprofilen var korrekt identifierad. Nya patienter tillkommer kontinuerligt med höga värden, vilket belyser en dynamisk population.

En strukturerad vårdplan upprättades i mars, innefattande teamarbete mellan läkare och diabetessjuksköterska. Flexibilitet i vårdform erbjöds genom val mellan enskilda läkarbesök, teambesök och tät sjuksköterskeuppföljning.

Under projektets gång har vi testat flera olika metoder för att nå patienter med hög riskprofil (kombinerat högt HbA1c och LDL). Vi har valt att gå vidare med och standardisera följande arbetssätt:

1 Förslag standardiserat urvals- och kallelseförfarande: att inte bara titta på enskilda diagnoskoder utan kombinera variabler för att identifiera de medicinskt sköraste patienterna. Genomförande: vi standardiserade en sökning i Medrave för där vi kombinerade HbA1c >70 och >LDL 2,5 i åldersspannet 40–70 år. Standardisering: detta görs nu kvartalsvis av vår diabetesansvariga sjuksköterska för att tidigt fånga upp nya patienter som "faller mellan stolarna".

2. Teambaserat nybesök (läkare + diabetessjuksköterska). Förslag: att vid första kontakten erbjuda ett gemensamt besök för att ge en enhetlig medicinsk plan och minska patientens behov att upprepa sin historia. Genomförande: Vi testade i en liten skala boka på 45 minuters pass där både läkare och

sjuksköterska deltar. Detta möjliggjorde omedelbara beslut om medicinjusteringar i samråd med patienten. Standardisering: Detta är nu våra standardmodeller för patienter med HbA1c över 100 mmol/l.

3. Flexibilitet av uppföljningsstöd via telefon (stegrad uppföljning). Förslag: att frekvensen av kontakt ska styras av patientens behov och förmåga, snarare än fasta rutiner. Genomförande: Vi införde en "trappa" där patienter med låg compliance eller hög oro erbjöds veckovisa telefonavstämningar med fokus på empowerment-metodik (stärka det som fungerar). Vid stabilitet glesades kontakten ut till månadsvis eller kvartalsvis. Standardisering: sjuksköterskan har nu avsatt tid i schemat för dessa korta, motiverande samtal.

4. Bildbaserat utbildningsmaterial och anhörigstöd: Förslag: att sänka tröskeln för kunskapsintag genom att använda visuellt material i stället för enbart text. Genomförande: vi tog fram ett lokalt informationsblad med tydliga bilder på tallriksmodellen och enkla förklaringar om hur mediciner verkar i kroppen. Med en blodsockerkurva kan vi tillsammans med patienten gå igenom vad som påverkat deras blodsocker i vardagen, vi har betonat för patienten att det är viktigt att utföra detta och hämta med sig blodsockerkurvan till besöken. Vi uppmuntrar även patienten att ta med en anhörig vid besöket. Standardisering: Materialet finns nu tillgängligt i alla undersökningsrum och används systematiskt vid nybesök.

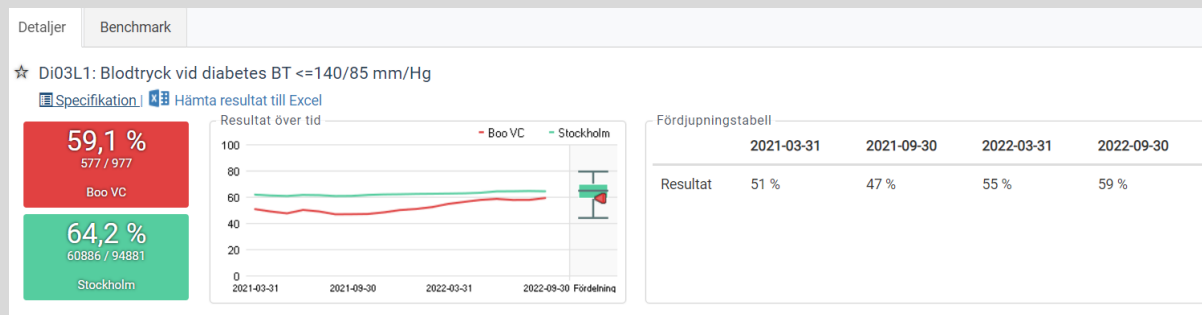
5. Förslag: Söndagsmottagning. Syfte: att öka tillgängligheten för den prioriterade gruppen 40–70 år som ofta är yrkesverksamma och har svårt att komma på vardagar. Genomförande: Vi testade att erbjuda läkarbesök för årlig diabeteskontroll på söndagar, för att nå de patienter som uteblivit från ordinära tider. Lärdom/standardisering: trots hög tillgänglighet kvarstår ett bortfall hos de mest svårfångade patienterna. Vi har därför valt att permanenta söndagsöppet trots bortfall, samt infört telefontider tidig morgon och sen eftermiddag som är en mer resurseffektiv kompromiss.

6. Standardiserat uppföljningsbrev vid uteblivande. Förslag: att skicka ett pedagogiskt och motiverande brev istället för enbart en faktura för uteblivet besök. Genomförande: Brevet förklarade varför vi har hört av oss (kvalitetsarbete), riskerna med de aktuella värdena och ett förenklat erbjudande om nya prover. Standardisering: detta brev är nu en del av vår administrativa rutin för diabetespatienter som missat mer än 2 kontakter.

Vi har aktivt integrerat patienternas perspektiv för att öka deras delaktighet genom följande insatser:

- Kartläggning av hinder: Genom djupgående samtal med de patienter som tackade ja, fick vi kunskap om de bakomliggande fördomarna mot insulin, t.ex. rädsla för att det är "slutstationen" eller att det är farligt. Denna kunskap har vi använt för att forma vårt framtida förbättringsförslag om en specifik insulinutbildning.
- Anpassad pedagogik: När vi märkte att traditionell information inte nådde fram, utvecklade vi bildbaserat material i samråd med patienterna. Genom att använda bilder på mat och förenklade förklaringar sänkte vi tröskeln för delaktighet, särskilt för patienter med lägre följsamhet.
- Empowerment och samplanering: Vi har praktiserat delat beslutsfattande där patientens egna mål, t.ex. att orka leka med barnbarn eller att undvika medicinering genom livsstil, har fått styra takten. För de 6 patienter som lyckades nå målen via livsstil, var det just deras egen motivation som stod i centrum, understött av vår coaching.
- Involvering av närstående: Vi har sett att patientens delaktighet ökar när deras sociala stödsystem är informerat. Genom att inkludera anhöriga i samtalen har vi skapat en gemensam förståelse för behandlingen, vilket har stärkt patientens förmåga att vara delaktig i sin egenvård i hemmet.
- Flexibilitet som respekt för patientens tid: Genom att erbjuda olika besöksformer (team, enskilt, telefon, helg) har vi visat respekt för patientens livssituation, vilket är en grundförutsättning för att patienten ska känna sig som en jämlik partner i vården.

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	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	HbA1C >70	11%	2025-02-20	10%	10%	NDR	dec 2025
Indikator 2	LDL > 2,5	61%	2025-02-20	Som riket (56% hos oss (66% riket))	65 % hos oss (riktet 69%)	NDR	dec 2025
Indikator 3							T.ex. dec 2025
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

#### Övriga kommentarer:

Statistiken visar att en stor del av patienterna nådde förbättrade värden eller påbörjade en aktiv samverkan. Det noterades dock ett signifikant bortfall (19 st) som inte alls deltog, vilket påverkar det totala resultatvärdet. Resultaten för LDL verkade i linje med riksgenomsnittet, vilket tyder på att den initiala riskprofilen var korrekt identifierad. Nya patienter tillkommer kontinuerligt med höga värden, vilket belyser en dynamisk population.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att en kombinerad, proaktiv strategi med teambaserad vård och individanpassad uppföljning ger god effekt hos de patienter som väljer att delta aktivt. Den största insikten är dock att den medicinska behandlingen är starkt kopplad till patientens uppfattning och eventuella rädslor (särskilt kring insulin). Trots god tillgänglighet (även helgtider) var motståndet mot medicinering en barriär som inte helt kunde överbryggas inom ramen för detta projekt. Vi har även lärt oss vikten av att involvera anhöriga som en resurs i patientens egenvårdsprocess. Den viktigaste lärdomen är att medicinska resultat inte kan frikopplas från patientens psykosociala kontext och kulturella föreställningar. Vi har lärt oss att även om vi erbjuder medicinskt optimala lösningar och hög tillgänglighet (såsom söndagsmottagning), utgör patientens inre barriärer – särskilt rädslan för insulin – ett större hinder än de logistiska.

Vi har också insett att:

- Statistik är färskvara: Diabetespopulationen är dynamisk. Medan vi arbetade med vår ursprungliga grupp på 62 personer, tillkom kontinuerligt nya patienter med försämrade värden. En annan förklaring som har påverkat vår statistik är att en närliggande vårdcentral har stängt ner under december påbörjade de avveckla sina patienter och hänvisa dem till Skärholmens vårdcentral, det tillkom flertalet med höga HbA1c-värden som vi har påbörjat hantera. Detta lärde oss att förbättringsarbete inte är ett avslutat projekt utan en metod för att skapa en hållbar, löpande rutin.
- Selektion ger fokus: Genom att kombinera variabler (HbA1c + LDL) kunde vi arbeta mer koncentrerat med de patienter som har högst risk för kardiovaskulära komplikationer, vilket gav ett bättre fokus för teamet.
- Diagnostisk vaksamhet: Genom att granska de patienter som inte svarade på standardbehandling lyckades vi identifiera en patient med LADA-diabetes, vilket lärde oss vikten av att ompröva diagnoser i en grupp med terapiresistens.

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?

Dialog och valfrihet: Patienternas synpunkter styrde valet av besöksform (enskilt läkarbesök vs. teambesök) för att öka delaktigheten från start.

Motiverande samtal och Empowerment: Genom att lyssna på patientens egna mål och hinder har vi kunnat arbeta med compliance utifrån deras egna önskemål och förutsättningar, inte enbart utifrån vårdcentralens mål.

Anpassad information: Den skriftliga informationen utvecklades med bilder och förklarande text om matvanor, baserat på feedback om behovet av tydligare instruktioner.

Tillgänglighet: Vi agerade på informationen om svårigheter att komma under kontorstid genom att erbjuda söndagsbesök, vilket var ett direkt svar på patienternas livssituation.

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 avser att vidmakthålla den teambaserade metoden och det proaktiva arbetssättet med tät uppföljning. För att adressera utmaningen med motstånd mot insulin har vi följande plan framåt:

1. Intern utveckling: Vi kommer att utveckla en patientutbildning på vårdcentralen specifikt om insulin och dess funktion för att avdramatisera behandlingen.
2. Vi kommer fortsätta arbeta på samma sätt som under detta år.
3. Samhällsnivå: Vi önskar att initiera en dialog med Skärholmens stadsdelsförvaltning för att diskutera ett bredare, allmänbildande projekt i lokalsamhället. Målet är att arbeta förebyggande med att ta bort fördomar kring diabetes och medicinsk behandling innan patienterna kommer till vårdcentralen. Vi önskar att i framtiden kunna samverka mer med stadsdelsförvaltningen.