

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Diabetes och grupputbildning intervention

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Axelsberg Vårdcentral

Verksamhetschef
Miriam Melles

Verksamhetschefens e-post
Miriam.melles@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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2023**. 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 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2024**. Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet. Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

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

Namn: Stéphanie Liotier

Profession: Distriktsläkare

E-post: stephanie.liotier@regionstockholm.se

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidosjukvård, det kan bli sårbart.
- Fundera över hur kan ni rent praktiskt involvera era patienter för att influera själva förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).

A: Ange övriga teammedlemmar och deras professioner

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

A: Jessica Kangas Diabetessjuksköterska

Charlotte Biesheuvel kurator med erfarenhet av grupputbildning

Martin Yrliid distriktsläkare och diabetesansvarig läkare på vårdcentralen

B: Patienterna kommer att fylla en utvärderingsenkät efter genomförd grupputbildning. De även för första gruppen har kontaktats via telefon och fick möjlighet efter beskrivning av upplägget att ge sina kommentarer.

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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/vertygslada-forbattringstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/vertygslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vi vill förbättra omhändertagande av våra diabetiker.

Jessica vår diabetessjuksköterska har varit på utbildning och fått introduktion med material (från APC) för att starta grupputbildning för våra diabetiker. Dessa interventioner har visat ge effekt med sänkning av HbA1c och förhoppningsvis bidrar det till livsstilsförändringar som förbli varaktiga i framtiden.

På primärvård kvalitét rapport ligger vi gällande HbA1c<52 under Stockholms genomsnitt (54% för Axels och 58% i Stockholm).

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.

Start av grupputbildning för våra diabetiker i **Återkommande omgångar**

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vi vill starta grupper av diabetiker 6-10 deltagare som kommer till 5 utbildningstillfällen under loppet av 2 månader. **Återkommande grupper minst 2 kommande år men framöver även fler grupper per år.**

De får genom dessa utbildningstillfällen:

Mål med gruppträff:

- Ökad kunskap om sin sjukdom
- Får träffa andra med samma problem
- Ställa alla frågor/resonera kring livsstilsförändringar
- Om gruppen vill, starta gemensam fysisk aktivitet i hopp om att de sedan fortsätter
- Patienten ska må bättre i sin sjukdom

De kommer att erbjudas även ett individuellt möte för att psykologiskt stöd. Arbete med livsstilsförändringar kan leda till olika svårigheter psykologiska svårigheter.

Initialt väljer vi en typ av patienter som uppfyller vissa kriterier.

Framöver planeras att alla patienter med nyupptäckt/nydebuterad diabetes ska erbjudas grupputbildningen.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker:

Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram:

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

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)

Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan:

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

1: Möjligen brist på kunskap hos patienter

1.1: Gruppintervention
1.2: Höja deras kunskap
1.3:

2: Brist på motivation hos patienter att starta livsstilsförändringar

2.1: Höja deras motivation ta vare gruppintervention
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 angivit ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

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

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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol.	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå
--	--	---------------------------------------	------------------	---------------------	-------	---------------------

	Antal snabbspirometrier per vecka		start-läge			mål-värdet
Indikator 1	Antal deltagare i grupputbildning	0	Februari 2023	18		T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Enkät kring måendet-mätinstrument kallad "Ta tempen på din hälsa"	0	Februari 2023	18		T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året
Indikator 3	Antal deltagare med HbA1c <52	0	Februari 2023	6		T.ex. dec 2023
Indikator 4	Antal deltagare med viktnedskning på 5%	0	Februari 2023	6		T.ex. dec 2023
Indikator 5						T.ex. dec 2023

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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Steg 9 Action

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 blev 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 ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar.

Struktur övergripande:

- 1- Teamet träffas initialt 1 gg varannan vecka i 2-3 gånger därefter 1 gång varannan månad.
- 2- Träff mellan diabetesSSK och Charlotte kurator både inför och efter gruppträff för handledning i grupphantering vecka 10.
- 3- Regelbunden återkoppling till hela personalen via korta sammanfattningar under APT kring hur arbetet går.

Planen:

- 1- Inklusions kriterier initialt:
 - a. Ålder <75år
 - b. HbA1c >52 och eller BMI >30
- 2- Diabetes SSK:
 - a. Hittar patienterna med hjälp av Medrave
 - b. Kallar dem via samtal och brev + bokas i TC
 - c. Eller tips från läkarna kring deras patienter som skulle passa in
- 3- 5 tillfällen för grupputbildning:
 - a. För grupp 1 : 17/3-24/3-14/4-28/4 samt ett till datum i maj. Varav ett tillfälle med läkarintervention.

b. Det blev sedan ytterligare 3 grupper: 1 i september och 2 i oktober/november 2023 som överlappade varandra 4- 1 dag där alla patienter kallas till individuell kontakt med diabetes SSK för uppföljning av egen mående reflexion kring pågående gruppträff-Gärna mellan gång 2 och 3 5- Inför första gruppträff och sedan efter 4-6 månader och 1år alla deltagarna mäts individuellt med: a. Vikt/BMI + midjemått b. HbA1c c. Blodtryck 6- Inför och efter grupputbildning får deltagarna fylla i material kallad: a. Ta tempen på din hälsa Kommer även att göras efter 6 och 12mån 7- Efter grupputbildningen fyller i varje deltagarna på kursutvärderingsenkät ➤ Se över förbättringsmöjligheter utifrån patienterna feedback? 8- Under utbildningstillfällen om gruppen önskar start av motion-tillsammans: a. Promenad och eller utegym b. 1-2 tillfällen tillsammans med vårdgivare för peppning därefter är målet att patienten kan fortsätta själv 9- Upplägget ovan kommer att användas för kommande grupper: ➤ Fortlöpande under åren; helst fler än 2 grupper per år när diabetes sjuksköterskan är mer vann. Till alla diabetespatienter som önskar delta.
Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.
Döp denna fil till: Enhet tema år del 1 t.ex. Boo VC diabetes 2023 del 1 och skicka in senast 28 februari 2023 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

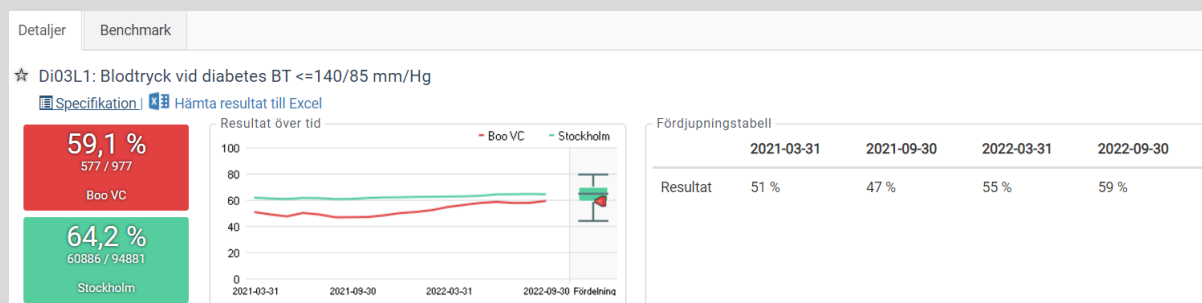
DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)
A. Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat? När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. I den här rutan beskriver ni 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 Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra. Om ni använt mallar för PGSA så kan ni skicka in dom som bilaga.
A. Vi har startat en grupputbildning hos diabetiker som diabetessjuksköterska håller i. B. Vi har sett att det finns utbildningsmaterial för gruppsintervention för diabetiker på APC och tyckte att detta var något som vi ville kunna erbjuda våra patienter. C. Inklusionskriterier för första gruppen blev: ålder <75år med HbA1c >52 och/eller BMI >30. Patienterna blev tillfrågad i samband med läkarårbesök, eller blev uppringd av diabetes sjuksköterska som valde dessa med hjälp av medrave och ovan parametrar. För att få till en tillräcklig stor grupp kunde vissa intresserade diabetiker inkluderas även om de inte uppfyllde helt ovan kriterier. Detta för första gruppintervention. Sedan har information om vår grupputbildning skickats via meddelande via alltidöppet riktad till alla med diabetesdiagnos som var listad på Axelsberg vårdcentral. Information

kom även med i kallelsebrev som skickas till alla våra diabetiker i samband med årligbesök till läkaren. Några var angelägna och fick delta trots att de inte uppfyllde ovan kriterierna.

- D. Totalt blev det 4 grupper under det gångna året. **29 deltagare.**
- E. Interventionen bestod av: 1 första ensamt möte med diabetes SSK där BT, vikt, midjemått, HbA1c mättes.
Patienten fyllde i enkäten som kallas "Ta tempen på din hälsa".
Sedan blev det 5 grupputbildningstillfällen. Varav 1 som läkaren med diabetes som områdesansvar på vårdcentralen höll i.
- F. En återträff i form av enskilt besök med diabetes SSK ca 4-6 månader efter avslutad intervention där patienten fick även fylla i en "utvärderingsblankett".
- G. Behov av kontakt med psykosociala teamet för dåligt mående efter gruppinsatser start ej uppkommit.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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:**



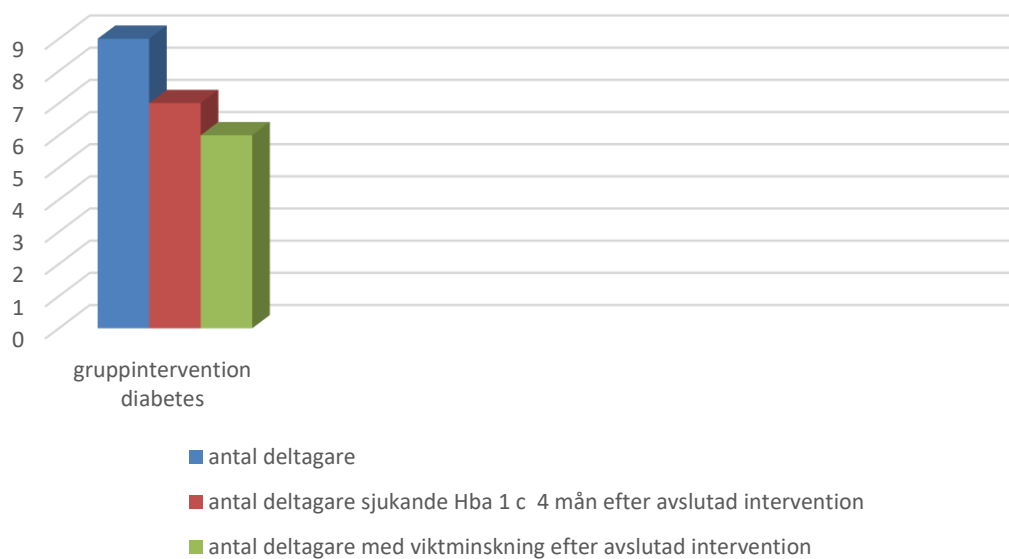
	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal deltagare i grupputbildning	0	Februari 2023	18	29	boknina garna	Januari 2024
Indikator 2	Enkät kring måendetmätinstrument kallad "Ta tempen på din hälsa"	0	Februari 2023	18	29	Take Care	T Januari 2024
Indikator 3	Antal deltagare med HbA1c <52 efter intervention	16 före intervention	Februari 2023	-	kommande	Take Care	Januari 2024

Indikator 4	<i>Antal deltagare med viktninskning på 5% efter intervention</i>	0	Februari 2023	6	<i>kommande</i>	<i>Take Care</i>	<i>Januari 2024</i>
Indikator 5	<i>Utvärdering över gruppbehandling sintervention</i>	0	Februari 2023	-	23		<i>T.ex. dec 2023</i>

Övriga kommentarer:

[illegible]

grupp 1: mars 2023-september 2023



Deltagarna	Ålder	Enkät kring måendet	HbA1c förre	HbA1c efter	%skillnad	BMI förre	Vikt förre gruppintervention	Vikt efter gruppintervention	Viktsänkning %	Midjemått Förre intervention	BT Förre intervention	Diverse
Inklusion kriterier ålder <75år HbA1c>52 och eller BMI>30		"Ta tempen på din hälsa" 1 inför 2 efter 6 månader 3?		Efter utbildningen Efter 6 månader								
Grupp 2 mellan sept-okt 2023 uppföljning jan-feb 2024												
Deltagare 10	69år	ja	38			22,5	60,3			86	107/77	Kom på alla träff
Deltagare 11	75år	ja	46			27	83			100	129/79	Kom på endast första träff
Deltagare 12	73år	ja	60			41	104,9			127	160/75	Kom på alla träff
Deltagare 13	68år	ja	43			33,5	94			108	140/90	Kom på alla träff
Deltagare 14	76år	ja	54			32	82				135/60	Obs njursvikt dialys- deltog i alla träff
Deltagare 15	80år	Nej	43			28	93				147/99	Kom på alla träff

Deltagarna	Ålder	Enkät kring måendet	HbA1c förre	HbA1c efter	%skillnad	BMI förre	Vikt förre gruppintervention	Vikt efter gruppintervention	Viktsänkning %	Midjemått Förre intervention	BT Förre intervention	Diverse
Inklusion kriterier ålder <75år HbA1c>52 och eller BMI>30		"Ta tempen på din hälsa" 1 inför 2 efter 6 månader 3?		Efter utbildningen Efter 6 månader								
Grupp 3 okt-nov 2023 uppföljning feb 2024												
Deltagare 16	70	Ja	34			32,3	79,5			Ingen		Nyligen bråckoperation därav inga midjemått
Deltagare 17	49	Ja	50			31,5	106,8			115cm		
Deltagare 18	64	Ja	81			35,8	106			122cm		Gått upp nyligen 6kg, varit deppig
Deltagare 19	77	Ja	44			34,9	122			133cm		
Deltagare 20	76	Ja	44			32,6	78,3			110cm		
Deltagare 21	72	Ja	51			25,4	70			93cm		
Deltagare 22	69	Ja	57			29,9	98			104cm		

Deltagarna	Ålder	Enkät kring måendet	HbA1c före	HbA1c efter	%skillnad	BMI före	Vikt före	Vikt efter	Viktsänkning %	Midjemått Före intervention	BT Före intervention	Diverse
Inklusion kriterier ålder <75år HbA1c>52 och eller BMI>30		"Ta tempen på din hälsa" 1 inför ett till efter 6 mån		Efter utbildningen Efter 6 månader			gruppintervention	gruppintervention				
Grupp 4 mellan nov-dec 2023 uppföljning mars 2024												
Deltagare 23	62	Ja	41			36,2	97,4			122cm		
Deltagare 24	40	Ja	41			34,9	117			113cm		
Deltagare 25	66	Ja	48			32,8	101,5			112cm		
Deltagare 26	66	Ja	44			38,3	127			?		Midjemått finns ej
Deltagare 27	67	Ja	55			34	97			114cm		
Deltagare 28	76	Ja	37			27,1	83			106cm		
Deltagare 29	80	Ja	44			21,9	71,7			100cm		

Ta tempen på din hälsa

© Karin Wikblad, 2000

"Termometern" nedan är graderad från 0 till 100 och var tionde grad är markerad på "termometern".

Mycket god

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Mycket dålig

Hur är din kroppsliga (fysiska) hälsa idag?

Sätt ett kryss på linjen i den höjd som motsvarar din egen bedömning. Dra därefter ett streck från den här rutan till det krysset.

Hur tror du att din kroppsliga hälsa hade varit nu om du inte hade diabetes?

Sätt ett kryss på linjen i den höjd som motsvarar din egen bedömning. Dra därefter ett streck från den här rutan till det krysset.

De följande fyra sidorna handlar om din hälsa.

Den kroppsliga hälsan

Sätt kryss på linjen i den höjd som motsvarar dina egna bedömningar. Dra därefter streck från respektive ruta till motsvarande kryss.

Mycket god

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Mycket dålig

Hur är din kroppsliga (fysiska) hälsa idag?

Hur tror du att din kroppsliga hälsa hade varit idag om du inte hade diabetes?

Känslomässigt välbefinnande

Sätt kryss på linjen i den höjd som motsvarar dina egna bedömningar. Dra därefter streck från respektive ruta till motsvarande kryss.

Mycket god

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Mycket dålig

Hur gott är ditt känslomässiga välbefinnande idag?

Hur tror du att ditt känslomässiga välbefinnande hade varit idag om du inte hade diabetes?

Social samvaro Sätt kryss på linjen i den höjd som motsvarar dina egna bedömningar. Dra därefter streck från respektive ruta till motsvarande kryss.	Livskvalitet Sätt kryss på linjen i den höjd som motsvarar dina egna bedömningar. Dra därefter streck från respektive ruta till motsvarande kryss.
Mycket god Hur är din sociala samvaro med andra idag? Hur tror du att kvaliteten på din samvaro med andra människor hade varit idag om du inte hade diabetes? Mycket dålig	Mycket god Hur är din livskvalitet idag? Hur tror du att din livskvalitet hade varit idag om du inte hade diabetes? Mycket dålig

Utvärdering

Grupputbildning för personer med typ 2-diabetes

För att kunna göra vår grupputbildning bättre vill vi gärna ha hjälp med svar på en del frågor som gäller den grupputbildning du deltagit i. Vi är tacksamma om du svarar på följande frågor. För att garantera din anonymitet ska du inte under teckna formuläret med ditt namn.



Lär tillsammans om diabetes

1. Har du lärt dig något nytt när det gäller:

a) Sjukdomen ☐ ja ☐ nej

Om ja, i så fall vad? _____

b) Maten och diabetes ☐ ja ☐ nej

Om ja, i så fall vad? _____

c) Behandlingen ☐ ja ☐ nej

Om ja, i så fall vad? _____

d) Förebyggande fotvård ☐ ja ☐ nej

Om ja, i så fall vad? _____

e) Komplikationer till diabetes ☐ ja ☐ nej

Om ja, i så fall vad? _____

f) Leva med diabetes ☐ ja ☐ nej

Om ja, i så fall vad? _____

2. Har du gjort några förändringar när det gäller:

Mat ☐ ja ☐ nej Om ja, vad? _____

Motion ☐ ja ☐ nej Om ja, vad? _____

Annat ☐ ja ☐ nej Om ja, vad? _____

Skriv gärna på baksidan av pappret!

3. Använder du dina blodsockertester annorlunda än tidigare?

☐ ja ☐ nej Om ja, i så fall hur? _____

4. Är det något du saknat under träffarna?

☐ ja ☐ nej Om ja, i så fall vad? _____

5. Är det något du hade velat prata mer om?

☐ ja ☐ nej Om ja, i så fall vad? _____

6. Var två timmar per gruppstillfälle

Lagom ☐ För mycket ☐ För lite ☐

7. Var tiden på dagen bra eller skulle du föredra en annan tidpunkt för gruppträffarna?

Bra ☐ Annan tidpunkt, när?: _____

8. Finns det något annat du vill tillägga?

Tack för din medverkan!

Tyvärr uppföljningen och mätningarna av grupp 2 deltagarna som skulle ha skett v4 under 2024 ej kunnat bli av då diabetes sjuksköterskan var sjuk. Kommer bli framskjutet till v6

Likaså uppföljningen av grupp 3 och 4 är planerad under februari/mars 2024.

Därför kunde inte tabellerna kompletteras innan tiden var ute för inlämning av kvalitetsarbete. Givetvis kommer vi att göra klart denna alla fall.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att grupputbildningen varit mycket uppskattad både från patienterna men även diabetes sjuksköterskan som höll i dessa samt även diabetes ansvarig läkare och PAL till patienterna.

1år räcker inte för att fullfölja var och en i flera månader och se vilka effekter som insatserna kan ha haft för sjukdomskontroll. Men dessa grupper kommer att följas vidare enligt planen.

En svårighet är bland annat för aktiva patienter att kunna ta ledigt från sina jobb för att kunna delta vilket sannolikt förklarar genomsnittsålder på 67år drygt för de 29 deltagarna.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patients delaktighet eller involvering i vården?

Varje del i detta arbete handlar om att öka patientens delaktighet i sin vård.

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 kommer att fortsätta med diabetesgrupputbildningen för alla våra diabetiker som önskar delta. I mötet med vissa patienter i samband med den årliga besök kan man även försöka motivera de som behöver mest.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se