

Datum:2025-01-22

Ansvarig: Katarina Wik Söderström, Cajsa Svenler,
Peter Lundell Johansson

Verksamhet/process: Bra Liv Tranås Vårdcentral

Förbättringsområde: Förbättra läkarkontinuitet och samverkan för hemsjukvårdspatienter som är listade hos oss och boende i Tranås kommun.

Bakgrund

I vårdcentralens pågående arbete med bättre samverkan/ omhändertagande av multisjuka patienter med risk för ökat vårdbehov har vi identifierat behovet av en förbättrad struktur för läkarbesök/läkemedelsgenomgång i hemsjukvården. Under 2024 startade vi upp ett team, Multiteam, som förbättrat kommunikationen mellan vårdcentralen och kommunal verksamhet. Vi behöver fortsätta förbättra vår samverkan med hemsjukvården. Nästa steg som vi ser som ett prioriterat förbättringsområde är att förbättra vårdplaner och läkemedelsgenomgångar för de patienter som är i hemsjukvården för att kunna jobba mer proaktivt och förhoppningsvis minska antalet akuta kontakter både på närakut och akutmottagningar för denna patientgrupp.

När vi tittar på våra mångsökare som är multisjuka så är majoriteten kopplade till hemsjukvården. Vid analys bedömer vi att drygt hälften av hemsjukvårdspatienterna som är mångsökare på akuten borde vi ha kunnat förebygga. Vi tror att vårdplaner är en viktig del i det förebyggande arbetet. Det är en av anledningarna till att vi vill få till att alla hemsjukvårdspatienter får träffa sin läkare 1 gång/år för att ständigt kunna hålla planen uppdaterad utifrån nuvarande mående.

När patienten inte har en tydlig plan finns risk att flera vårdgivare kopplas in. Man har inte alltid en sammanhållen bild av patientens problematik vilket leder till att åtgärder inte blir optimala. Exempelvis ser vi att pt med KOL- och hjärtsvikts diagnoser ofta får åtgärder för sent i förloppet, troligtvis på grund av att det inte finns en tydlig plan. Vi ser också att vi ofta palliativregistrerar patienterna i ett för sent skeende. Palliativ samtalet sker tyvärr många gånger på akuta jourtider istället för med patientansvarig läkare vilket leder till ett ökat lidande och sämre läkarkontinuitet.

Övergripande mål

Ökad kvalitet på läkarbesök för hemsjukvårdspatienter. Alla patienter som är inskriva i hemsjukvården ska ha ett läkarbesök och en läkemedelsgenomgång om året. De ska ha en tydligt dokumenterad plan.

Nuläge

När vi går igenom mätetal i Dashboard september 2024 ser vi att vår läkarkontinuitet är låg, den ligger på 14 %, antalet läkemedelsgenomgångar ligger på 50,2 %. 13 stycken hemsjukvårdspatienter är mångsökare på akuten.

Vid fördjupad analys med hjälp av Diver i januari 2025 har vi fått fram nedanstående data avseende hemsjukvårdspatienter.

Läkemedelsgenomgångar 65,1 %, Patientöverenskommelse 82,4 %, andel hemsjukvårdspatienter som haft hembesök jan 2024-sept 2024 är 27,5 %

Vi har under 2024 försökt jobba systematiskt med vår PREA60 lista i ett team. September 2024 är det enligt Diver 75,6 % av våra PREA60 patienter som har planer.

Analys av nuläget

Under senare år har politiken haft stort fokus på tillgängligheten på vårdcentralerna. Med detta fokus ser vi att en av de patientgrupper som trängs undan är patienter med kroniska sjukdomar, hemsjukvårdspatienter då denna patientgrupp ofta tar mer tid och sällan är akut. Detta leder till att patienterna inte har en tydlig plan och sällan får till uppföljning så som kunskapsstöden önskar. I sin tur leder det till att patienterna söker akut, vid ett akutbesök hinner man endast med akuta åtgärder och det är sällan patientansvarig läkare som träffar patienten. Dessa patienter har ofta en komplex medicinsk bakgrund och när patienten kommer akut eller till planerat besök till vårdcentralen får läkaren sällan den fulla bilden av patientens problematik/status. Vi tror att hemsjukvårdens sjuksköterskor och hemtjänstpersonalen kan bidra med mycket av omkringliggande informationen om patientens funktions- och aktivitetsnivå. Vi tänker att ett hembesök tillsammans med sjuksköterska i hemsjukvården (och eventuell hemtjänstpersonal) samt anhöriga kan ge en bättre och tydligare plan framåt där man fångar hela individen. Vi ser att när vi på vårdcentralen bokar patienten har vi inte alltid samma kännedom om patientens nuläge så som sjuksköterskorna i hemsjukvården har. Därför tror vi att ett system där patientansvarig sjuksköterska i hemsjukvården bokar, prioriterar och förbereder besöket ger ett bättre läkarbesök med högre kvalitet.

Vi har i tidigare förbättringsarbete 2024 sett att vi ofta palliativvårdregistrerar patienten lite för sent. Förhoppningsvis kan dessa hembesök skapa en tidigare dialog kring en palliativ registrering så att det inte behöver ske i ett akut läge.

I dagsläget har hemsjukvårdens sjuksköterskor daglig telefontid till en läkare på vårdcentralen. När patienten inte har en tydlig plan måste sjuksköterska i hemsjukvården kontakta läkare på vårdcentralen innan hen kan gå in med åtgärder. Om vi förbättrar patientens plan från början är förhoppningen att sjuksköterskan själv kan gå in med åtgärder direkt istället för att invänta kontakt med läkare som inte alltid är patientansvarig läkare.

Lista prioriterade förändringar som ska testas

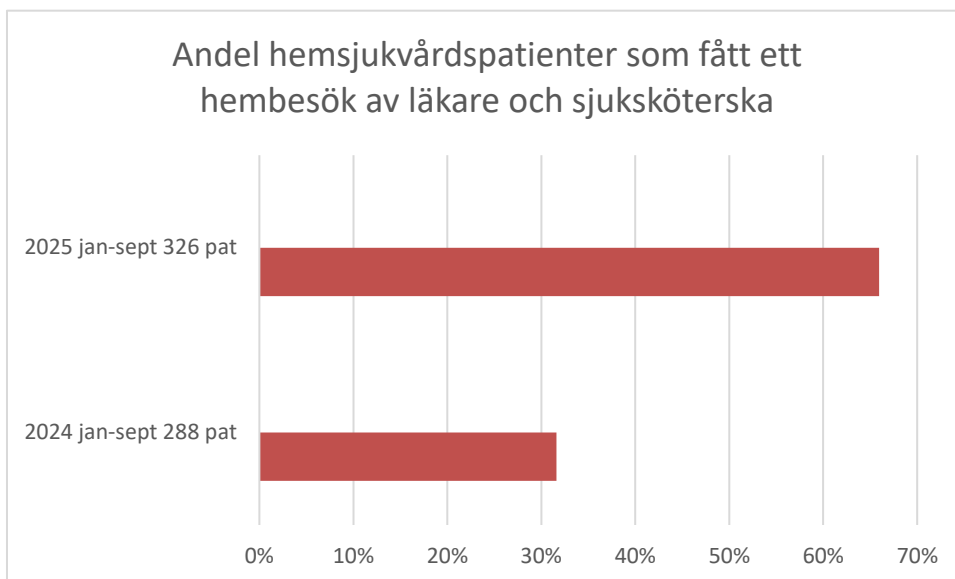
- Schemaändring för läkarna med fler hembesök för hemsjukvårdspatienter. Sjuksköterska i hemsjukvården prioriterar vilken patient som ska bokas när.
- Skapa en strukturerad bokningsrutin via PAS-sköterska inför årskontroll med läkare.
- Skapa checklista för förberedelse, genomförande, uppföljning och dokumentation av årsbesöket.
- Implementera SPICT som arbetsredskap i samband med palliativ registrering.
- Utbildningsinsatser för teamsamverkan och samsyn kring förhållningssätt i patientarbetet.

Analys av resultat av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet

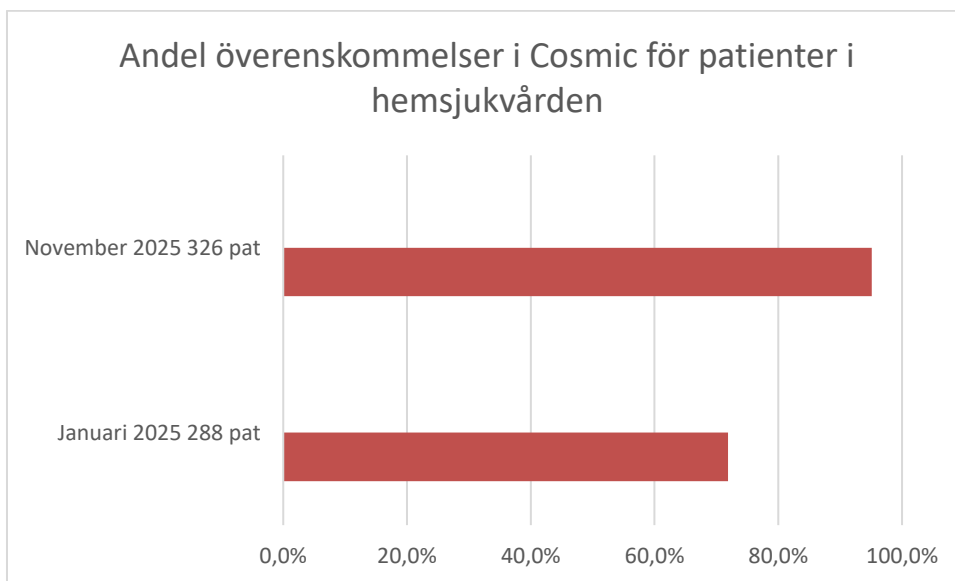
Det övergripande målet är att alla hemsjukvårdspatienter ska ha ett årsbesök i hemmet med sin läkare från vårdcentralen och sjuksköterska i hemsjukvården. Det ska skrivas en tydlig plan och det ska göras en läkemedelsgenomgång i samband med besöket. Vi har valt att utvärdera målet via data från Diver och dashboard. För att fånga upp patient- och personalperspektivet har vi intervjuat patient, anhörig, läkare och sjuksköterska för att kunna utvärdera och förhoppningsvis förbättra hembesöken ytterligare. Vi har genomfört strukturerad journalgranskning för att se kvalitén på överenskommelserna.

Via Diver ser vi att antalet hembesök har ökat från 32 % (av 288 patienter) till 66 % (av 326 patienter). Vi ser även en ökning av antalet patienter som är registrerade i hemsjukvården. Var god

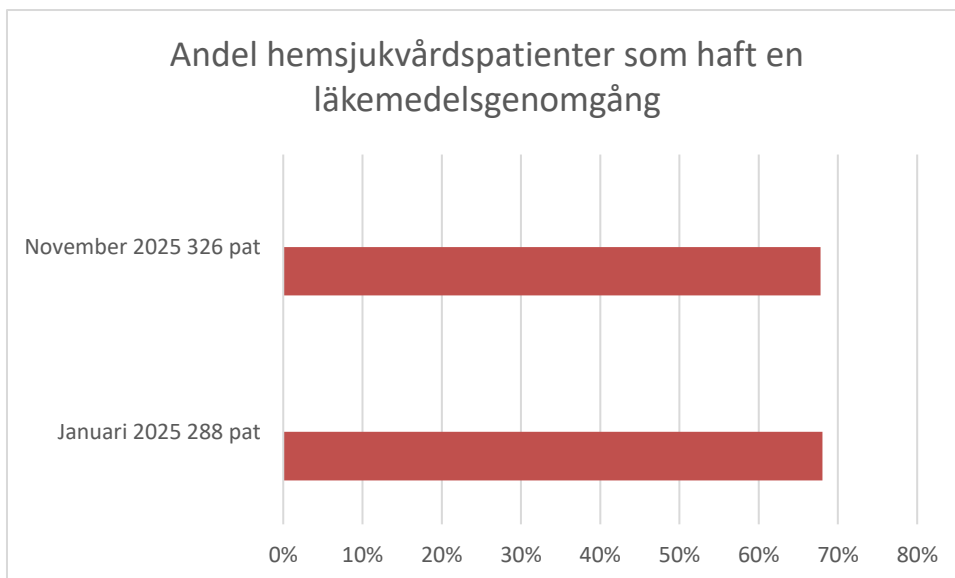
se diagram nedan.



När vi tittar på antalet överenskommelser i Diver ser vi att de har ökat från 71,9% till 95,1%. Var god se diagram nedan. Vid journalgranskning ser vi att vi får med de övergripande delarna i planen men behöver förbättra fast vårdkontakt, patientens eget ansvar och tidsangivelser. Se bilaga 1.



Våra läkemedelsgenomgångar ligger på 68 % av hemsjukvårdspatienterna. Var god se diagram nedan.



När vi tittar på läkarkontinuiteten på våra hemsjukvårdspatienter så hade vi 14 % i september 2024. Nu i oktober 2025 har vi 33 % enligt Dashboard. Vi ser en ökning under året men vi ligger fortfarande lägre än övriga vårdcentraler i Region Jönköping som ligger på 46 % i snitt.

Som ytterligare en del i utvärderingen av det nya arbetssättet kring hembesök för våra hemsjukvårdspatienter har vi genomfört strukturerade intervjuer med patient, anhörig, läkare på vårdcentralen samt sjuksköterska i hemsjukvården. Intervjuerna genomfördes under oktober och november 2025. Se bilaga 2.

I intervjuerna med läkare och sjuksköterska framkommer:

- Man upplever att kvalitén på besöken blir betydligt bättre, man ser hur pt fungerar i sin hemmiljö. Viktigt att anhöriga eller personal från hemtjänst (som känner patienten väl) är med vid besöket då de ofta kan komplettera med värdefull information.
- Man upplever att tiden är för kort, man hinner inte förbereda sig optimalt, ibland logistiska problem då man behöver förflytta sig och "byta" sjuksköterska. Har inte full kännedom om framtagna rutiner som stöd vid besöken. Om man var mer förberedd skulle besöket kanske bli mer strukturerat, bra om provtagningar är gjorda före besöket?
- Man upplever att det blir en bättre plan när den görs gemensamt, men behov av mer tid för att upprätta plan. Förhoppningsvis är planen hjälpsam i det dagliga arbetet, frågetecken om hur planen förankras i alla steg?

I intervjun med patient och anhörig framkommer:

- Både patient och anhörig upplever att det känns bra, tryggt med hembesök istället för besök på vårdcentralen. Blir smidigare både för patient och anhörig
- Patient och anhöriga känner att de fick svar på de frågor de hade. Uppger att läkemedelsgenomgång utfördes. Man kände sig delaktig i de beslut och den plan som gjordes.
- Anhörig upplevde att personalen inte var fullt förberedd inför besöket, patienten upplevde inte detta. Anhörig upplever att dennes närvaro vid besöket var viktig, tror inte att kvalitén på besöket hade blivit lika bra utan anhörigs medverkan. Patient och anhörig upplevde att det var en trygghet att personalen (läkare och sjuksköterska) kände patienten väl.

Har ett ökat antal hembesök med tydligare planer kunnat påverka andra parametrar?

Vid granskning av vår PREA60 lista under det senaste året ser vi att planerna för våra PREA60 patienter har ökat från 75,6 % september 2024 till 90,2 % september 2025.

När vi tittar på mångsökare (hemsjukvårdspatienter) på akuten så har det minskat från 13 patienter i september 2024 till 6 st oktober 2025. Troligtvis är det ett resultat av flera nya arbetssätt. Dels hembesök där vi kan vara mer proaktiva och lägga en tydlig plan. Dels genom multiteamet där vi lyfter patienten i ett tidigare skeende och kan få in flera insatser från flera aktörer och jobba mer proaktivt. Flera aktörer blir uppmärksamma på patienten via teamet och på så sätt lär vi känna patienten bättre och kan utforma vård- och omsorg efter patientens behov mer holistiskt.

Vi har genomfört utbildning i SPICT för personal på vårdcentral samt i hemsjukvården. Av våra 266 hemsjukvårdspatienter är det 123 patienter som är palliativregistrerade den 19/11 2025. I oktober 2024 var det 111 registreringar enligt Diver. Vi ser att vi har ökat antalet registreringar. Lyckas vi fånga upp patienterna tidigare?

Vi har även haft en gemensam utvecklingsdag för primärvården i Tranås med personal från vårdcentralen Bra liv och kommunal hälso- och sjukvård. Fokus under dagen var kunskaps och personcenterat arbetssätt för att få en gemensam värdegrund.

Sammantaget när vi analyserar ser vi att vi har förbättrat oss i nästan samtliga mätetal vilket vi tror är ett resultat av ändrade arbetssätt.

Summering

Vi ser att rutiner och riktlinjer har förbättrats när vi jobbar på ett strukturerat sätt kring våra hemsjukvårdspatienter, men vi behöver fortsätta att jobba med dessa rutiner.

Vid egen granskning av våra överenskommelser framkommer att vi att vi behöver förbättra kvalitén på våra planer. Vad är nästa steg för patienten? Hur kan vi bli tydligare med tidsangivelser? Vi behöver jobba med att registrera fast vårdkontakt i kommunal hälso- och sjukvård för att ytterligare förbättra samverkan och tydlighet för våra patienter.

Vi ser att de datasystem vi har påverkar hela processen kring hembesök vilket ställer stora krav på att vi följer framtagna rutiner och riktlinjer. Problematiken med våra olika system blir tydligt när vi ska samverka mellan kommun och vårdcentral. Vi får lägga mycket tid på att manuellt överrapportera, registrera och boka i flera olika system. Exempelvis behöver vi manuellt registrera att patienten är inskriven i hemsjukvård, eller på särskilt boende, vi behöver boka hembesöken i två system, vi måste även dokumentera i båda systemen. Vårdcentralen har ingen möjlighet att se dokumentationen från kommunal hälso- och sjukvård. I samband med samtliga intervjuer framkommer behov av mer tid för förberedelse inför besöket. På grund av olika journalsystem fördröjs bokningsunderlaget till läkare som då får mindre tid för förberedelse. Vid intervjuerna framkommer även önskemål om färre antal besök under den avsatta tiden då det blir svårt att hinna både besök och transporter mellan besöken på den tid som är avsatt i dagsläget. Allt detta försvårar samverkan och fördröjer processer, vi behöver fortsätta arbeta med att implementera och förtydliga rutiner och riktlinjer.

Vår känsla är att vi blivit bättre på att registrera våra palliativa patienter i ett tidigare skeende. Vi har inte har lika mycket akuta registreringar och åtgärder. Förhoppningsvis är det ett resultat av våra nya arbetssätt med gemensamma hembesök och teamsamverkan där vi kan fånga upp patienterna i ett

tidigare skede och därav registrera tidigare. Det gör att vi kan lägga en tidigare plan tillsammans med hemsjukvården och ge patienten en bättre vård.

Vår förhoppning med vår gemensamma utvecklingsdag är att vi lärt känna varandra och varandras verksamheter bättre, men också att vi får en samsyn i hur vi arbetar kunskapsbaserat och personcentrerat med våra patienter. Hur tar jag ansvar för mitt steg och ger feedback till steget före och underlättar för steget efter. När ska jag kontakta annan vårdenhet? När ska vi skicka in patienten till sjukhuset?

Inför den gemensamma utvecklingsdagen har vi startat ett samarbete med Kultorum och Kommunal utveckling. En person från vardera organisationen var med oss under en av utvecklingsdagarna och hjälpte oss att utvärdera och reflektera kring dagen men också hur vi kan arbeta framåt. Vi kom fram till att vi behöver fortsätta att arbeta proaktivt genom att förbättra de arbetssätt som vi har etablerat genom åren och ha Esther i centrum i det arbetet. Vi är en stor vårdcentral och det i sig blir en utmaning med många vårdgivare och många patienter som är i vårt flöde. I Tranås kommun bor det en hög andel äldre och det kommer att öka. Vi behöver fortsätta fundera kring våra gemensamma arbetssätt för att kunna möta denna patientgrupp på ett bättre sätt framöver.

Vilka arbetssätt behöver vi ändra för att bli ännu mer proaktiva? Vi tror att vi på vårdcentralen behöver förbättra och tänka över hur vi jobbar med våra kroniskt sjuka patienter. Hur kan vi fånga upp patienterna mer proaktivt innan man har behov av hemsjukvård? Kan vi ändra arbetssätt kring PREA60? Behöver vi jobba i ytterligare team internt på vårdcentralen då många av våra patienter har flera kroniska sjukdomar? Behövs ett team på vårdcentralen som jobbar mer samordnat kring våra multisjuka patienter tillsammans med kommunal hälso- och sjukvård?

Att samverka är svårt och ställer stora krav på oss men en nödvändighet för att vi tillsammans ska möta de utmaningar som vi står inför. Vi kommer fortsätta att arbeta med lokal samverkan och ytterligare "skruva" på våra arbetssätt för att bättre kunna hjälpa de vi är till för.

Bilaga 1.


Egengranskning dokumentation för sökord "Överenskommelse" i Cosmic våren 2025. totalt 20 svarsformulär.

Sökord	Fråga	JA	NEJ	DELVIS	KOMMENTARER
Överenskommelse					
1. Patientens ansvar	Är det tydligt vad patienten ansvarar för i överenskommelsen?	9	9	1	Demenssjukdom. Överfört till anhörig. Demenssjukdom, ansvar läggs på vården finns plan men inte tydlig
2. Vårdens ansvar	Är det tydligt vad vården ansvarar för i överenskommelsen?	17	0	3	Tydligt vad HSV och hemtjänst ska åtgärda Ej tydligt vad vc ska åtgärda HSV plan, VC plan Uppföljning HSV
3. Fast vårdkontakt läkare primärvården	Stämmer kontaktuppgifter för fast vårdkontakt och fast läkarkontakt med patientkortet?	2	0	18	Ej fast vårdkontakt Ej vårdkontakt 0 vårdkontakt
4. Nästa steg	Anges det vad som händer i nästa steg för patienten? Finns det tidsangivelser när det ska ske?	11	0	9	Ej tidsangivet, lite luddigt vad/när uppföljning ska ske. <u>Palliativreg.</u> Tidsangivet vid uppföljning Ej tidsangivet pga röntgen Ej tidsangivet för vc
5. Sammanhållen plan*	Föreligger behov av en sammanhållen plan?	1	16	3	Patienten tackat nej till SIP
	SUMMA	40	25	34	Kan vara max 100 på samma alternativ

På fråga 1 saknas ett svar

På fråga 5 är alternativet "Framgår ej" istället för "Delvis"

* SIP, rehabiliteringsplan, habiliteringsplan, läkemedelsplan, sjukskrivning- och rehabiliteringsplan, psykiatrivårdplan

Bilaga 2.

Intervjufrågor läkare VC efter gemensamt hembesök hos patient

1. Hann du förbereda dig till besöket? (dvs läsa på patienten, ta prover inför besök etc)

Nej, pt bokade för nära inpå, hinner inte förbereda enligt önskemål innan besöket. Behov av ex admin tid 15 min/ pt före besöket.

2. Använde du check-listan och har den i sådana fall varit till hjälp?

Nej, har inte kännedom om checklistan

3. Hur upplevde du kvalitén på hembesöket?

Betydligt bättre kvalitet på besöken, bra om ex hemtjänstpersonal, anhöriga är med som har god kännedom om pt. Man ser mer hur pt "fungerar" i sin hemmiljö

4. Tror du att den plan ni lade kommer att kunna vara till hjälp i det dagliga arbetet kring patienten?

Ja förhoppningsvis, tror att planen inte alltid är känd av alla, svårt om det är många runt pt. Viktigt med kontinuitet om planen ska "hållas"

5. Om planen inte är till hjälp, vad skulle man kunna göra för att förbättra kvalitén på planen?

Vi behöver mer tid för att hinna göra en bra plan, ex minska ner till 3 istället för 4 hembesök då det oftast tar tid att förflytta sig, byta personal mm

6. Är det något ytterligare som kan förbättras under/inför/efter hembesöket?

Om man hinner förbereda sig bättre skulle ex provtagningar vara gjorda innan besöket, man hinner strukturera upp besöket mer och fokusera på det som är viktigt för att få till en bra plan framåt.

? Hur förankra plan i vårdkedjan?

Bra om HSV tid kopplas tills PAL, inte bra när flera läkare blir inblandade? Har ngr läkare kopplat till HSV???

Intervjusvar sjuksköterska HSV efter gemensamt hembesök hos patient

1. Hann du förbereda dig till besöket? (dvs läsa på patienten, ta prover inför besök etc)

Får inte ordinerade prover innan besöket, brukar bli ordinerat på besöket och då blir det ytterligare kontakt efteråt. Ibland hade det varit till hjälp att ta innan, men kan ju komma upp saker under själva besöket. Behöver vara en individuell bedömning av läkare från fall till fall.

SSK gör Phase20 inför. Får sällan återkoppling på det innan besöket. Ibland har läkaren hunnit titta på den innan. Ibland känner läkare pt väl och ibland inte, samma för ssk.

Inte alltid som läkare har med sig phase20 eller ens dator till hembesöket. SSK har alltid med det, men de kan inte se all info i Cosmic, därav bra om läkaren också har det. Är bra när de har med sig den förberedda väskan.

Få patienter som vill ha tiden kl 08.00. Kan man ta bort den tiden så att läkaren hinner läsa på? Blir tajt med fyra besök, skulle nog fungera bättre med tre. Blir svårt för ssk att hinna förbereda till kl 08.00 också.

Olika behov av förberedelse mellan olika patienter. Behov av att utreda behovet – behöver det vara 1 läkarbesök på alla patienter om året? Kan man ta ställning till det under det senaste läkarbesöket när nästa besök bör ske?

2. Använde du check-listan och har den i sådana fall varit till hjälp?

Finns en checklista och när man väl hittat den så känner man att den stämmer överens med uppdraget och det man gör.

3. Hur upplevde du kvalitén på hembesöket?

Varierat. Beror dels på läkare, alla gör olika på sitt sätt. Var det inga problem så ger inte hembesöket så mycket. Har inte hänt mer än att man har haft sitt hembesök. Blir bättre om läkaren är förberedd inför.

4. Tror du att den plan ni lade kommer att kunna vara till hjälp i det dagliga arbetet kring patienten?

Har inte sett så många vårdplaner. Kan vara svårt att hitta planen i journaltext. Är svårare att hitta information i NPÖ. Skulle vara lättare om alla planer fanns under ett och samma sökord.

Önskemål om lite tydligare planer även om det är svårt att förutse det som kan hända. T.ex. tydlig plan med de patienter som får återkommande UVI. Även t.ex. hjärtsvikt med målvikt och när man ska ge Furix – kan det stå på läkemedelslistan? Vad kan man förvänta sig framåt med patientens diagnoser?

Palliation i rätt skede – hur lägger man fram det på bästa sätt? Ska vården eller patienten bestämma det?

SSIH har t.ex. väldigt tydliga planer. Skulle man kunna ta lärdom av dem? Planer för återkommande besvär. Skulle spara tid för alla, man slipper ringa till läkaren då.

5. Om planen inte är till hjälp, vad skulle man kunna göra för att förbättra kvalitén på planen?

Se ovan för svar.

6. Är det något ytterligare som kan förbättras under/inför/efter hembesöket?

Är phase20 ett bra instrument före? Tycker läkarna att det ger något? Vill de ha ett annat instrument? Ger t.ex. inte så mycket på en demenspatient. Ska ssk lägga tiden på att göra den om läkaren inte använder den sen? Samtidigt bra för ssk som lär känna pt lite bättre.

Bra när de skickar meddelande med journalanteckning och läkemedelslista efter besöket.

På Berget är hemtjänsten med på de flesta besöken. Värdefullt speciellt de som inte har så mycket kontakt med HSV och mer hemtjänst som känner patienten bättre.

Vet alla läkare vad som förväntas av dem vid ett hembesök? Hur får de introduktionen?

Hur gör vi när läkartiden blir inställd? Vem ska ta ansvar och omboka?

Bra om det står i bokningsunderlaget om pt är inskriven i HSV eller ej – är isf en ny pt för HSV som inte heller känner patienten.

Intervjufrågor patient hembesök med läkare VC och sjuksköterska HSV

1. Hur upplevde du att få hembesök istället för att komma till vårdcentralen?

- Skönt att de kommer hem. Känns bra.

2. Var läkare och sjuksköterska väl förberedda?

- Kändes som att de var bra förberedda. Har haft mycket kontakt med dem båda så känner varandra väl. Läkaren är bra att prata med.

3. Gick ni igenom dina läkemedel?

- Gick igenom läkemedel. Utförde justering och det har följts upp.

4. Kände du att du fick svar på dina frågor?

- Hade inga särskilda frågor som hon kände att hon behövde gå igenom.

5. Vet du vad planen är framåt?

- Är inget särskilt. Men har kontakt med HSV dagligen angående stomin, har fått ett sår. Vet inte planer för övrigt. Men vill inte åka till t.ex. Jönköping. Kan tänka sig åka till Eksjö och VC.

6. Kände du dig delaktig i beslutet?

- Kände sig efterhand delaktig i planen. Var lite oense om medicinen till en början.

7. Är det något ytterligare som kan förbättras under besöket?

- Var inget speciellt under besöket som kunder förbättras.

Intervjufrågor anhörig hembesök med läkare VC och sjuksköterska HSV

1. Hur upplevde du att få hembesök istället för att komma till vårdcentralen?

- *Väldigt bra. Väldigt positivt. Mycket smidigare, känns bättre.*

2. Var läkare och sjuksköterska väl förberedda?

- *Läkaren sa själv att han inte var det. Men dottern kunde fylla i. Hade varit svårt utan anhörig. Sjuksköterskan visste mycket. Känns skönt att det är samma läkare och sjuksköterska som har kontakt med mamma.*

3. Gick ni igenom dina läkemedel?

- *Ja*

4. Kände du att du fick svar på dina frågor?

- *Fick svar på de frågor de hade*

5. Vet du vad planen är framåt?

- *Vet vad planen är framåt.*

6. Kände du dig delaktig i beslutet?

- *kände sig delaktiga i besluten.*

7. Är det något ytterligare som kan förbättras under besöket?

- *Vara mer förberedd. Viktigt att man vet vad pt har för mediciner och vad som är gjort sedan innan.*