

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Akut Bronkit

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Sjöstadsdoktorn	
Verksamhetschef Susanne Barenius	Verksamhetschefens e-post Susanne.barenius@sjostadsdoktorn.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Johan Olsson
Profession: ST-läkare Allmänmedicin
E-post: johan.olsson@sjostadsdoktorn.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.• Inkludera gärna 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 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Handledare Susanne Barenius Läkargrupp: Airene Lindfors, Tina Nyström Rönnås, Leila Tamaddon, Anna Bolinder, Johanna Roman Hjelte, Moa Strand.

Sköterskegrupp: Sari Stenfelt, Sofia Franczak, Linn Enefelt, Karin Wising.

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

B: kort fråge-enkät till patienter som bokas in till läkare för akuta luftvägssymtom.

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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>
Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vid genomgång med STRAMA noterades att Sjöstadsdoktorn låg sämre än vad vi själva förväntat i behandling med antibiotika vid akut bronkit. 22,1% på Sjöstadsdoktorn jfr 20,9% i genomsnitt i Stockholm. Vi vill helt sluta förskriva antibiotika vid akut bronkit i enlighet med riktlinjerna.

Vi var nyfikna på vilka processer som påverkat våra läkare att skriva ut mer antibiotika vid akut bronkit. Var det samhällsattityder, patient- eller vårdgivares oro för utveckling av svår sjukdom, fel diagnossättning, förväntningar från patienter, fler underläkare eller andra omständigheter?

När vi studerar vår statistik i MedRave noterar vi att förekomsten av diagnosen akut bronkit (J20.9) är nästan dubbelt så stor jämfört med hela Region Stockholm - 13,72 jfr 7,15 (förekomst per 1000 listade) i Region Stockholm. Vi noterar även att andelen patienter med akut bronkit per tusen som kontaktat enheten är dubbelt så många jfr Region Stockholm, 25,58 per tusen som kontaktat Sjöstadsdoktorn jft 12,44 i hela Region Stockholm. Det senare för tankarna till att fler akuta läkarbesök bokas för denna patientgrupp än för övriga vårdcentraler. Vi bör kunna arbeta med detta i sköterskegruppen, som bemannar telefon och bedömer triagerar och bokar akuta läkartider.

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.

Förbättra behandling av akut bronkit.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

- Minskad antibiotikaförskrivning vid bronkit.
- Minskad antalet patienter med hosta och akut luftrörskatarr som får läkarbesök.
- Öka patienternas kunskap om akut bronkit och antibiotikans för och nackdelar.

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/verktyglada-forbattringstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)
Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktyglåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-patientsamverkan/>

1: Epidemiologisk trend

1.1: Lokala utbildningar vart kvartal
1.2: Löpande kontakt med STRAMA
1.3: Löpande uppdateringar från smittskyddsansvarig till personalgruppen

2: Oro för allvarlig sjukdomsutveckling

2.1: Ökad utbildning av sköterskegruppen som triagerar och bokar akuta besök
2.2: Lokala utbildningar
2.3:

3: Önskemål från patienter

3.1: Förbättrad konsultationsteknik
3.2: Förbättrat arbete med patientinformation
3.3: Hjälpa varandra i bedömningar av infektioner

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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-forbattringstrappa/>

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.)

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. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel akut bronkit med antibiotika (exkl KOL) (Inf24)</i>	21,7%	20240101	0%	Medrave /PvQ	20241231
Indikator 2	<i>Antal sköterskor som genomgått lokal utbildning i riskbedömning av patienter med hosta/luftvägsinfektion</i>	0% (0/4)	20240101	100% (4/4)	Uppföljning lokalt på vc	20241231
Indikator 3	<i>Andel patienter med akut bronkit/1000 som kontaktat enheten (Inf23)</i>	25,58	20240101	12,44	Medrave /PvQ	20241231
Indikator 4	<i>Andel % patienter som var tillfreds med bedömning och behandling på akutbesöket. (Andelen nöjda/totalt antal svarade enkäter)</i>	Ingen uppgift	20240101	100%	Uppföljning lokalt på vc	20241231

Kommentar (valfritt):

Vi kommer genomföra en kort enkät till patienter som bokas in på akut besök för luftvägssymtom. 3 frågor:

- 1: hade du önskemål om antibiotika innan besöket?
- 2: är du nöjd med den bedömning och behandling du fick?
- 3: fick du information om antibiotikas negativa effekter?

Indikator 3 (Inf23): vi misstänker att vi har onödigt hög tillgänglighet för denna patientgrupp i jämförelse med andra liknande enheter. Indikatorn beskriver förekomst av infektion bland de individer som kontaktat enheten oavsett om patienten är listad på vårdenheten eller inte. Nämnaren påverkas av vårdenhetens uppdrag och därför kan uppgift om antalet episoder med infektionsdiagnos/1000 individer som kontaktat endast användas som jämförelse mellan enheter med liknande verksamhet. Antalet patienter med luftvägsinfektion påverkas av åldersstrukturen av den listade befolkningen och av tillgängligheten. I ung och barnrik befolkning förekommer mer infektioner. **Hög tillgänglighet kan medföra fler kontakter för patienter med lindrig infektion.**

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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

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 tänk? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

- **Minskad antibiotikaförskrivning vid bronkit.**
Detta gäller hela läkargruppen på Sjöstad doktorn och alla patienter med diagnos akut bronkit. Löpande diskussionsforum i läkargruppen på läkarmöten var vecka med störst fokus under infektionssäsong januari-mars och oktober-december. Utbildningar och följa förskrivnings statistik med STRAMA.
- **Minskad antalet patienter med hosta och akut luftrörskatarr som får läkarbesök.**
Här fokuserar vi framför allt på sköterskegruppen som har den första kontakten med patienter som kontakta vårdcentralen med luftvägssymtom. Alla patienter som söker akut triageras av sköterska per telefon. Vi planerar därför att involvera sköterskegruppen genom löpande utbildningsarbete (kvartalsvis - leds av Johan Olsson, ST-läkare) för mer precisa bedömningar och för att på ett effektivt sätt kunna skilja ut patienter med risk för allvarlig sjukdom och erbjuda dessa patienter besökstid, samtidigt som de med symptom ej tydande på behandlingskrävande sjukdom i större utsträckning ges egenvårdsråd. Sköterskegruppen kan även påverka patienternas förväntan inför läkarbesöket.
- **Öka patienternas kunskap om akut bronkit och antibiotikans för och nackdelar.**
Genom en kort enkät undersöka patienternas initiala förväntan på behandling tex antibiotika och hur tillfreds de var med läkarens bedömning och behandling inklusive information om antibiotika.

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

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2024 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 2024 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?

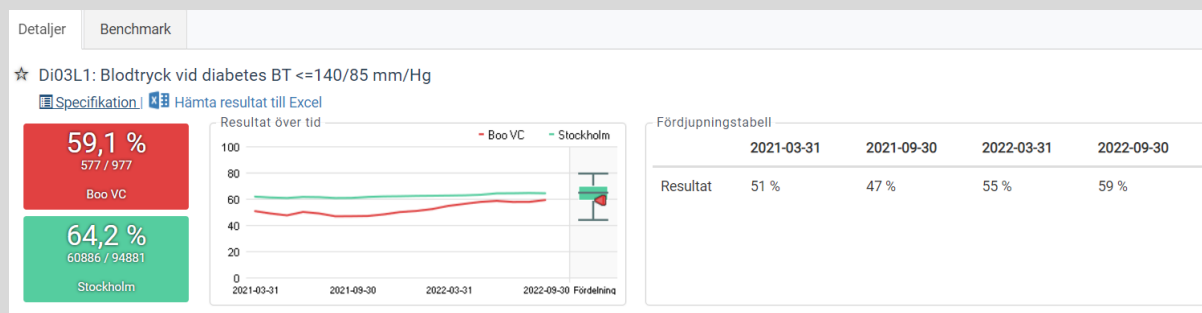
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

I samband med uppstarten av detta kvalitetsarbete har vi vid flera tillfällen under möten med läkargruppen diskuterat diagnossättning vid luftvägsinfektion och hur vi eventuellt gör olika, detta då granskning som gjordes som led i detta kvalitetsarbete visade att det fanns en viss diskrepans oss emellan. Vi gick även igenom STRAMAs rekommendationer för antibiotikabehandling vid luftvägsinfektioner och särskilt oklar nedre luftvägsinfektion. Genom samtal har vi kunnat uppnå en bättre samstämmighet i diagnos och behandling.

ST-läkare Johan Olsson har i möte med sköterskegruppen (som bemannar bokning av akuta läkarbesök) gått igenom hänvisningsstödet kring luftvägsinfektioner och givit uppslag på aspekter som är mer eller mindre relevanta för läkargruppen och förtydligat aspekter där det fanns frågetecken vilket var uppskattat. Denna samverkan mellan läkargrupp och sköterskegrupp utifrån för sköterskegruppen tillgängliga verktyg (exempelvis hänvisningsstöd) är något som vi särskilt tar med oss i det framtida förbättringsarbetet.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel akut bronkit med antibiotika (exkl KOL) (Inf24)	21,7%	20240101	0%	10,2%	Medrave/PvQ	20250102
Indikator 2	Antal sköterskor som genomgått lokal utbildning i riskbedö	0% (0/4)	20240101	100% (4/4)	100%	Intern	20250102

	mning av patienter med hosta/luft rörskatarr						
Indikator 3	Andel patienter med akut bronkit/1 000 som kontaktat enheten (Inf23)	25,58	20240101	12,44	43,49	Medrave/PvQ	20250102
Indikator 4	Andel % patienter som var tillfreds med bedömnin g och behandlin g på akutbesök et. (Andelen nöjda/tot alt antal svarade enkäter)	Ingen uppgift	20240101	100%	Ingen uppgift	Intern	-

Övriga kommentarer:

Den viktigaste indikatorn för oss här på vårdcentralen är Indikator 1, dvs hur stor andel patienter med diagnos J209 akut bronkit som erhåller behandling med antibiotika, och den har glädjande nog nära halverats under arbetsgången med detta kvalitetsarbete. Vid journalgranskning står att finna att även de fåtal fall som kvarstår till dags dato till största del är till följd av användande av felaktig diagnoskod eller stark patientönskan snarare än medicinska felaktigheter eller slentrianförskrivning. Att helt minimera denna typ av förskrivning och felaktig diagnosticering bedömer vi svårt i en klinisk praxis som dessutom arbetar för hög grad av patientcentrering.

Intern utbildning i sköterskegruppen var ett uppskattat moment och den subjektiva effekten i läkargruppen är att denna utbildning gav ett skifte i patientklientelet till mer adekvata bokningar av patienter med luftvägssymptom. Detta måste dock sättas i perspektiv av att vi under hösten-vintern 2024 hade en endemisk spridning av *Mycoplasma-pneumoniae* med kraftigt ökat antal patienter med atypisk pneumoni respektive bronkopneumoni som följd. Samhällspridningen av denna patogen får också ses som den troliga orsaken till att vi inte lyckats uppnå målet gällande Indikator 3 som ju i stället ökat markant (vilket samvarierar med indikator Inf19 i MedRave/PVQ - en indikator vi följt internt i samband med detta kvalitetsarbete).

I och med den endemiska spridningen av *M. pneumoniae* och det ökade antal patienter som uppsökte mottagningen med luftvägssymptom av infektiös karaktär som den medförde beslutade vi att inte fortgå med den till höst-vintersäsongen planerade enkätundersökningen efter läkarbesök (indikator 4). Orsaken till detta var i mångt och mycket de diagnostiska och terapeutiska svårigheter som atypisk pneumoni medför med ökat behov av interprofessionell diskussion och handledning för underläkare som följd till följd av ökad tidsåtgång. Vår upplevelse är dock att våra patienter är nöjda med de bedömningar som görs och både vi och patienter upplever god tillgänglighet för återbesök för förnyad bedömning.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har blivit varse om att genomlysningar av verksamhetens arbetssätt och sökmönster som vi har försökt att genomföra i och med detta kvalitetsarbete kräver ett visst mått av timing. Inför uppstarten av arbetet kunde vi knappast veta att andra halvan av året skulle präglas av endemisk spridning av en atypisk bakteriell luftvägspatogen och den mediala uppmärksamhet som detta medförde. Dessförinnan upplevde vi god effekt av de åtgärder för att påverka sökmönstret som vi genomförde, men 2024 kan knappast ses som ett representativt år vad gäller sökmönstret för luftvägsinfektioner varför våra resultat blir svårtolkade.

Som 'intern' del av detta arbete genomfördes journalgranskning av samtliga patienter som fått antibiotika utskrivet för diagnoserna J209 (och J229) med redovisning under läkarmöten. Vi ser en tydlig effekt på med en halvering av antalet förskrivningar av antibiotika för akut bronkit (J209) vilket vi är mycket nöjda med. Vi är förstas fullt medvetna om att rekommendationen är att inga patienter med denna diagnos bör erhålla antibiotikabehandling men detta ser vi som omöjligt att uppnå i en verklighetsförankrad verksamhet med ett tydligt patientcentrerat arbetssätt.

Vidare har det, liksom vid tidigare liknande arbeten, blivit tydligt för oss att statistik och externa mätvärden inte alltid berättar hela sanningen om verksamheten. Vi, som relativt liten enhet, ser att även enstaka patienter som faller i en eller annan kategori kan ge stora procentuella utslag i exempelvis Medrave/PvQ och därmed ge oss en påtaglig avvikelse från medelvärden och median.

Då vi i huvudsak använt närliggande vårdcentraler (område Södermalm) som jämförelse har vi noterat att vårt stora antal sökande med luftvägssymptom delas av en annan, geografiskt närliggande vårdcentral. Denna vårdcentral bör ha en patientpopulation liknande vår. Huruvida vår delade patientpopulation har en i grunden högre förekomst av astmatiska besvär/reaktiva luftvägar än den i övriga Södermalm eller stor-Stockholm är oss veterligen ej studerat men onekligen intressant. Till saken hör att den närliggande vårdcentralen har ett arbetssätt som liknar vårt och likalydande god tillgänglighet (vilket ju kan öka antalet registrerade vårdkontakter med denna typ av besvär, något vi diskuterat ovan), men observationen väcker ändock tanken på om det kan finnas andra bakomliggande faktorer. I sammanhanget kan vårt geografiska områdes historia som industriområde kan förstås vara intressant, detta ur ett miljömedicinskt perspektiv. Vi har dock i dagsläget inga planer på att företa någon miljömedicinsk undersökning av saken.

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?

Vi arbetar kontinuerligt utifrån ett patientcentrerat arbetssätt som inte sällan inkluderar diskussion mellan vårdgivare och patient kring möjliga medicinska handläggningar och patienteducation, även i samband med kontakter av mer akut karaktär. Det är alltid vår strävan att patienten i högsta grad ska vara fullt involverad i sin vård. Vi har god tillgänglighet för akuta besök liksom akuta återbesök och våra patienter kan alltid återkomma för en förnyad bedömning, vilket de också rutinmässigt instrueras att göra. Vår upplevelse och ambition är att arbeta tillsammans med patienten och skapa de bästa möjligheterna för god hälsa och frånvaro av sjukdom, så även i de frågeställningar/sökorsaker som detta arbete berör. Den planerade enkätundersökningen som vi ämnade göra till del av detta arbete torde kunna ha givit oss värdefulla insikter om hur pass väl vi presterar i enlighet med vår upplevelse och våra uppsatta mål. Tyvärr gick undersökningen ej att genomföra praktiskt av skäl som anges ovan.

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.

Utifrån detta arbete har vi sett tydliga positiva resultat av kollegial diskussion kring behandling och diagnosättning utifrån nulägesanalys och detta är något vi ämnar fortsätta med, både som del i kontinuerlig verksamhet och i form av fortsatta liknande kvalitetsarbeten rörande olika sjukdoms- och diagnosgrupper. Vi har även sett att vi snabbt kan påverka bokningsmönstret genom tät dialog mellan sköterske- och läkargruppen där den förra ju ansvarar för triagering och bokning av de patienter som hör av sig till mottagningen. Vi kommer att fortsätta arbeta med våra rutiner för att optimera bokningen av patienter, både på grupp- och gällande individuella patienter för att undvika onödiga besök med risk för onödig behandling.

Vad gäller diagnosen akut bronkit torde det rättvist att genomföra ett liknande kvalitetsarbete inom några år och då med förhoppningen om att arbetet gör gällande ett ' normalt' år för att undvika snedvridning av resultaten vilket vi starkt misstänker att vi erfarit i och med detta arbete.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@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"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.