

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Äldre och läkemedel

| Information om husläkarmottagningen | |
|--|--|
| Mottagningens namn Segeltorps VC | |
| Verksamhetschef Natalie Neikter | Verksamhetschefens e-post. natalie.neikter@regionstockholm.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: Margareta Liander Lara Haasper |
| Profession: enhetschef/ DSK + specialist allmänmedicin |
| E-post: margareta.liander@regionstockholm.se lara.haasper@regionstockholm.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: Margareta Liander (DSK+ enhetschef), Lara Haasper (specialist i allmänmedicin, tillhör HSV teamet) Johanna Carlsson (SSK), Sofia Kinnander (SSK) samt Dorel Lehrer (leg. Läkare). |

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

B: Vi är en liten enhet och våra patienter och anhöriga för ofta fram åsikter och förslag. Vi kommer sätta upp en förslagslåda på VC.

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?

Läkemedelsanvändning hos äldre har ökat kontinuerligt de senaste 25 åren. Den omfattande läkemedelskonsumtionen innebär en påtaglig risk för biverkningar, nedsatt livskvalitet, farmakologiska interaktioner och akuta inläggningar på patientens sida men ökar även samhällskostnader och miljöpåverkan. Det förekommer dessvärre ofta behandlingar med potentiellt olämpliga preparat, bland annat läkemedel med antikolinerga effekter, sömnmedel, lugnande medel och mera. Vi tycker därför att läkemedelsanvändning hos de äldre patienter är ett viktigt område att följa och kvalitetssäkra.

Vi arbetar i ett område med en stor andel äldre patienter, vilket innebär specifika utmaningar. Generellt har vi en låg förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, men vi har noterat att var förskrivning av andelen långverkande lugnande läkemedel med antikolinerga effekter är upp mot 10 % högre än genomsnittet i Stockholm. Här ser vi en stor chans att förbättra insatta läkemedelsregime. Vi ligger övergenomsnittligt högt vid andel patienter äldre än 75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas på 14 % (jämfört med 12 % Stockholm). Enbart 148 av våra 836 listade äldre patienter har 2023 fått en fördjupad läkemedelsgenomgång. Här ser vi en stor förbättringspotential hos oss.

Vi vill se strukturerat över LM behandlingen hos våra äldre patienter för att se om riskfylld behandling kan minska så risken för vårdskador minskar och patienter får en bättre vård.

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.

Äldre och läkemedel

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vi vill ge våra patienter över 75 år en säkrare läkemedelsanvändning. Målet är att alla patienter äldre än 75 år får minst en fördjupad läkemedelsgenomgång per år, vid behov oftare. Vi vill särskild satsa på våra äldsta och sjukaste patienter inom hemsjukvården. Vi vill minska andel patienter som står på läkemedel som bör undvikas. Vi vill öka andelen av de patienter som står på lugnande medel som får oxazepam i stället för långverkande preparat med ökat biverkningsrisk. Vi vill komma i en dialog med patienten om upplevda biverkningar, risk-nytta analys, diskussion kring potentiell olämpliga preparat och omvärdering av långvariga förskrivningar.

Mål:

- Minska vårdskador
- Förbättra livskvaliteten för våra patienter
- Bidra till lägre samhällskostnader och hållbar läkemedelshantering

Åtgärder:

- Strukturerade läkemedelsgenomgångar
- Utbildning av personal
- Samverkan mellan läkare, sjuksköterska och patient

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/verkygslada-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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-patientsamverkan/>

1: Vi har många äldre patienter i vårt område dvs ca 150 fler patienter över 75 år jämfört med generisk VC i samma storlek.

1.1: Anpassad arbetssätt för äldre patienter
1.2: T.ex. boka lite längre besök vid patienter > 75
1.3: Bokar helst till samma läkare för uppföljning (upprätthålla kontinuitet)

2: Vi har en stor hemsjukvård i förhållande till vår totala listning. När våra patienter över 75 år vårdas inom slutenvården så sätts läkemedel som bör undvikas in

2.1: läkemedelsgenomgång efter slutenvården för omvärdering
2.2: Minst årliga fördjupade LM genomgångar
2.3: Försök att minska olämpliga preparat

3: Det saknas påminnelse i bokningsunderlag om att det rör sig om en läkemedelsgenomgång, blir ofta inte registrerats som detta

3.1: Påminnelse vid bokning av patienter >75 år
3.2: Påminnelse av kollegor vid läkarmöte/APT
3.3: Utbildningsmoment planeras kring läkemedelsgenomgångar

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/verktogslista-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.)

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 processmåten 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>Äldo1: Andel patienter ≥75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas. Alla olämpliga LM inkluderade. Via primärvårdskvalitet</i> | 14% (135 av 836 patienter) | 240131 | 10% | Medrave | 2024.12.31 |
| Indikator 2 | <i>Äldo3: Andel patienter som behandlas med Oxazepam av alla personer >75 år som har lugnande läkemedel</i> | 56% | 240101 | 65 % | Medrave | 2024.12.31 |
| Indikator 3 | <i>XV 016: Öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för alla patienter över 80 år</i> | 17 % (148 av 836 våra patienter över 80 år fick en fördjupad LMG 2023. Detta inkl våra HSV patienter | 240101 | 80 % i HSV och 70 % hos listade äldre | Medrave | 2024.12.31 |

Kommentar (valfritt):

Indikator 1 . Vi kommer identifiera patienter över 75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas genom M4/ primärvårdskvalitet.- Äldo1. Alma larmar och vi kommer under året ha FL av informationsapotekare för att öka kunskapen hos läkare och övrig personal kring LM behandling som bör undvikas till äldre. Planen är att vi analysera risknytta av olämpliga preparat vid planerade fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Indikator 2: Vi kommer att identifiera patienter över 75 genom M4/primärvårdskvalitet som stor på lugnande medel som inte är oxazepam. Då det rör sig om 37 patienter finns det utrymme att kalla alla

patienter för en diskussion kring preparat om alternativa behandlingsmöjligheter, antingen vid årlig kontroll eller ett särskilt besök ska bokas.

Indikator 3. Vi väljer patienter över 80 år då vi har många äldre och vi vill fokuseras på de sköraste och äldsta patienterna. Vi valde KVÅ djupdykning VX 016. Alla listade patienter över 80. Detta genom att med sek skriver in i bokningsunderlag, Alma larmar och DSK/SSK skriver och planerar för LMG redan vid bokning för alla patienter över 80 år. Det kommer att finnas utbildningsmoment och påminnelse vid läkarmöte och APT.

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.

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-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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

1. Planera för samtliga HSV patienter för en fördjupad läkemedelsgenomgång och boka in löpande
2. Vid mottagningsbesök får läkaren en påminnelse om fördjupat LM genomgång om patient äldre än 75
3. Identifiera alla patienter som står på ett annat lugnande medel än oxazepam
4. Planera för utbildning kring LM genomgångar
5. Planera för äldremottagning (anpassade tider för äldre patienter)

2024-03-15

Indikator 1: 13 %

Indikator 2: 56,7 %

Indikator 3: 27 LM genomgångar

Kvalitetsprojektet har tagits upp på APT.

2024-04-09

Diskussion och planering på ledningsgruppmöte för äldremottagning, så att de mest sjuka äldre kan få rimligt långa besök hos husläkaren för att kunna tillgodose den enskildes behov.

2024-04-17

Indikator 1: 12,6%

Indikator 2: 55% : Kartläggning av insatta förskrivningar. De flesta patienter står på Atarax/Lergigan/Propavan mot ångest/sömnstörning. Plan att omdiskutera insatta läkemedel och ställningstagande till alternativ behandling vid planerade LM genomgångar. En mindre andel insatt på läkemedel via specialistpsykiatrin med särskild indikation eller enstaka patienter med lågdos Atarax mot besvärlig klåda.

Indikator 3: 48 LM genomgångar

2024-04-24: Presentation av kvalitetsprojekt på läkarmöte med allmän diskussion kring äldre mottagning, förskrivning av olämpliga preparat och behov av fler fördjupade läkemedelsgenomgångar. Inbokning av utbildningstid för APC webbutbildning för LM genomgångar.

2024-05-10:

Indikator 1: 12,5 %

Indikator 2: 56 %

Indikator 3: 72 LM genomgångar

2024-05-03:

Indikator 1: 12,5 %

Indikator 2: 56,5 %

Indikator 3: 102 LM genomgångar

Vi har hittills haft svårt att påverka kvalitetsparametrar signifikant. Många patienter har stått på potentiellt olämpliga preparat i flera år och preparaten betyder en trygghet för patienten.

Specialistläkare kommer att ha enstaka bokningsbara tider för äldremottagning från vecka 25 med anpassad tidslängd. Förhoppningen är att dessa tider skapar bättre utrymme att omvärdera insatt läkemedelsbehandling med patienten. Nytt påminnelsemejl har skickats till kollegorna om att boka och genomföra läkemedelsgenomgångar.

Under sommaren har vi inte haft tillgång till data i Medrave. Enligt Medrave supporten ett problem som de flesta SLSO VC har haft. Vecka 35 har äldre mottagning blivit etablerat. Alla specialister har haft 3–5 tider per vecka, en timme per besök, där man kan ta sina äldre multisjuka för läkemedelsgenomgång, kognitiv utredning, olika intyg. Vi kommer att löpande utvärdera hur arbets sättet fungerar och vilka anpassningar som ska göras. Dessutom har vi börjat skriva sammanfattande anamneser på samtliga hemsjukvårdspatienter med målet att vara mer tidseffektiv och inte missa särskilda läkemedel (såsom blodförtunnande, osteoporosläkemedel.). Vi har tittat över listningar per specialist så att geriatriska och vårdtunga patienter är relativt rättvis fördelat så att den enskilde läkaren har kapacitet att hinna med.

2024-08-15:

Indikator 1: 12,5 %

Indikator 2: 56,5 %

Indikator 3: 155 LM genomgångar

2025-08-28 har Kvalitetsprojektet tagits upp på APT.

2024-09-25:

Indikator 1: 12,2 %

Indikator 2: 58,2 %

Indikator 3: 173 LM genomgångar

I oktober har vi påbörjat nytt samarbete i samband med kommunen som en del av Nära vård. En gång per månad har vi en biståndshandläggare på VC med informationsträff för personer äldre än 75 för att få information kring möjliga kommunala insatser. Även ett bra lärotillfälle för personal.

2024-11-30:

Indikator 1: 11 %

Indikator 2: 43,5 % (enbart 26 patienter dock oklart varför en försämring har skett)

Indikator 3: 216 LM genomgångar

Samtliga hemsjukvårdspatienter har fått minst en läkemedelsgenomgång under året.

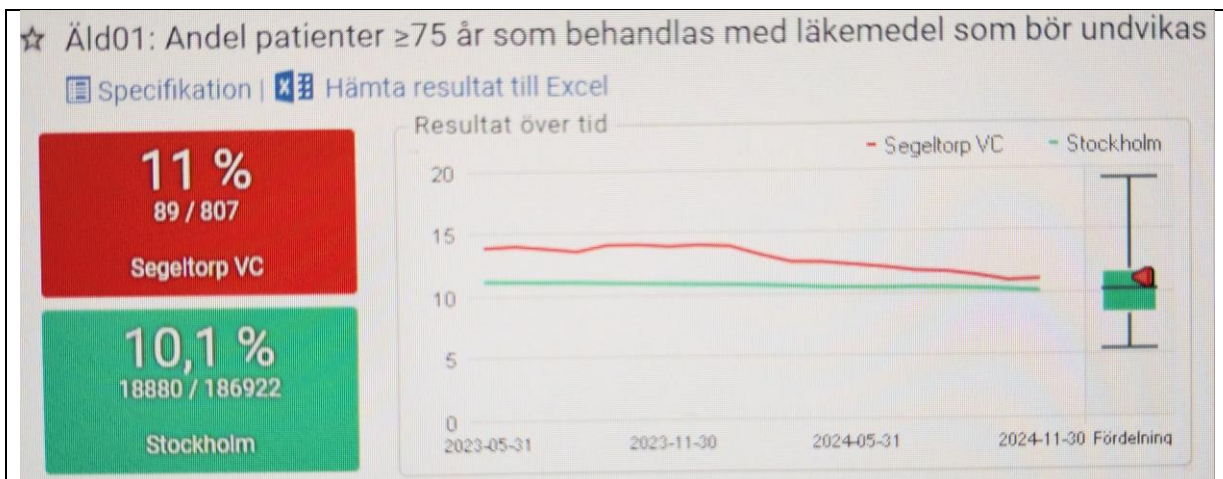
Sannolikt har mycket fler läkemedelsgenomgångar gjorts under året men det missades att sätta KVA-kod

2024-12-31:

Indikator 1: 10,5 %

Indikator 2: 44 %

Indikator 3: 226



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

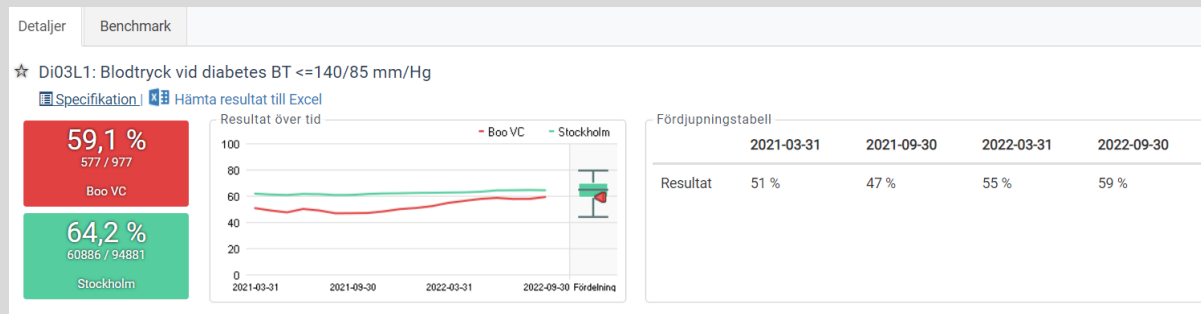
- Vi har byggt upp en Äldremottagning med anpassade tider för patienter över 75 år som ger utrymme att omvärdera pågående läkemedelsbehandling. Varje specialistläkare har minst 4 tider/vecka.
- Påminnelse om läkemedelsgenomgång i bokningsunderlaget görs via SSK mottagning
- Utbildning av kollegor kring läkemedelsgenomgångar har genomförts

Vi har kommunicerat det nya arbetssättet vid APT och skickat påminnelse via mejl.

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. Medrave) | Datum/period för resultatvärdet |
|--------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Indikator 1 | <i>Äldo1: Andel patienter ≥75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas. Alla olämpliga LM inkluderade. Via primärvårdskvalitet</i> | 14% | 240131 | 10% | 10,5 % | Medrave | 241231 |
| Indikator 2 | <i>Äldo3: Andel patienter som behandlas med Oxazepam av alla personer >75 år som har lugnande läkemedel</i> | 56% | 240131 | 65 % | 44 % | Medrave | 241231 |
| Indikator 3 | <i>XV 016: Öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för alla patienter över 80 år</i> | 17 % | 240131 | 80 % HSV och 70 % hos listade äldre | 100% HSV 29 % mottagning | Medrave | 241231 |

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det kan vara en stor utmaning att omvärdera och ändra en pågående läkemedelsbehandling med patienten. Patienter kan uppleva en trygghet av pågående behandling med t.ex. läkemedel mot urinträngningar eller oro, särskild om patienten inte upplever tydliga biverkningar. Trots att själva effekten är svårvärderat efter många års behandlingen. Det är viktigt att man tänka till innan ny insättning. Man kan minska oro hos patienten genom uppföljning hur det har fungerat efter ändringar, t.ex. via telefon. En del av potentiellt olämpliga preparat sätts in via sekundärvården, ibland bröts kontakten med respektive klinik innan uppföljning har skett. Det är viktigt att vi då omvärdera preparat t.ex. vid årskontroll och tar ställning till om fördelar överväger nackdelar. Vi tycker att det har varit ett stort framsteg att ha börjat med äldremottagning där man har tid att omvärdera läkemedelsbehandling och att göra en trygg plan tillsammans med patienten. Man kan se

en tydlig ökning av läkemedelsgenomgångar under året vilket har lett till en signifikant minskning av läkemedel som bör undvikas. Vi är nöjda med resultat som vi har uppnått under året men det finns fortfarande mycket att jobba med i framtiden. Varför just andelen av Oxazepam förskrivning har minskat vid andra halvan av året är något oklart. Det rör sig om sammanlagt 19 patienter och resultatet är av oklar signifikans. Resultatet har diskuterats i läkargruppen.

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?

Uppföljning kan vara trygghet för patienten. Särskild för äldre patienten kan det vara bra att göra en gemensam skriftligt plan.

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

1. Sjuksköterskor kommer fortsätta boka LM genomgång i bokningsunderlag vid årskontroller som påminnelse.
2. Fortsätta tider för äldremottagning hos specialistläkare.
3. Fortsätta sammanfattande anamnes på hemsjukvårdspatienter.
4. Uppföljning hur indikatorer förändras över tid.

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 forbattningsarbeten.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.