

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: **Kontinuitet**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Vibblaby Husläkarmottagning	Namn på er Informationsapotekare Lisa Unogård Maxstad
Verksamhetschef Peter Johansson	Verksamhetschefens e-post Peter.johansson@vibblabyhlm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Charlotta Dagnell	Kontaktpersonens e-post Charlotta.dagnell@vibblabyhlm.se

Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se **senast den 1 mars 2025, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med rätt namn? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetsätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Charlotta Dagnell Profession: Specialist i allmänmedicin
Att involvera flera
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none">• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.• Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.

- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

Anders Adestedt, Sjuksköterska
Lizette Thyresson, ST-läkare i allmänmedicin
Tina Andersson, Distriktsköterska

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

Via 1177 har vi skickat ut en enkät till ett slumpmässigt urval av våra listade patienter över 18 år. Enkäten skickades till 493 patienter (alla patienter över 18 år födda årtal som slutar på -2 för att få ett icke selekterat, slumpmässigt urval). Patienterna har fått svara på hur de upplever kontinuiteten på vårdcentralen och om de har några eventuella förbättringsförslag gällande detta. Deras upplevelse ligger till grund för vårt förbättringsarbete och vi planerar att följa upp detta med samma enkät i slutet av 2025.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny-rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Forskning visar att kontinuitet kan bidra till högre kvalitet, effektivitet och ökad upplevelse av nöjdhet hos patienter i vården. Socialstyrelsens mål för fast läkarkontakt inom primärvården är i snitt 1100 patienter per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin. Region Stockholm har en handlingsplan för att öka andelen patienter med fast läkarkontakt. Inom 2025 års nya avtal för primärvården i regionen ingår en satsning för att kunna öka andelen specialister i allmänmedicin.

I december 2024 arbetade 5 specialister i allmänmedicin på Vibblaby Husläkarmottagning (Vibblaby HLM), deras sammanlagda kliniska tjänstgöringsgrad motsvarar 4,6 heltidstjänster.

Utöver detta arbetar även 3 ST-läkare och 2 legitimerade läkare på mottagningen samt 9 sjuksköterskor och 5 undersköterskor.

Med hjälp av primärvårdssatsningen i regionen har vi haft möjlighet att anställa ytterligare en specialist i allmänmedicin som började hos oss 2025-02-01 på 75% klinisk tjänstgöringsgrad. Det gör att vi har motsvarande 5,35 heltidstjänster av specialister i allmänmedicin. Under våren 2025 kommer vi därutöver kunna erbjuda våra legitimerade läkare tjänst som ST-läkare så att vi har 5 ST-läkare hos oss.

Med Socialstyrelsens rekommendation om 1100 patienter per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin som riktlinje vill vi arbeta mot detta och erbjuda patienterna en förbättrad kontinuitet i vården samtidigt som vi bibehåller en god arbetsmiljö för våra läkare. Vårt mål är att samtliga patienter på Vibblaby HLM ska vara listade på en namngiven läkare. Vi planerar att lista 1100 patienter per heltids-arbetande allmänläkare samt lista patienter på ST-läkare under de sista 2 åren innan specialistbevis (ca 700st) och även låta ST-läkare tidigt i sin ST-utbildning få ta ansvar för patienter som patientansvarig läkare, även om patienten formellt är listad på handledaren tillika specialist i allmänmedicin, och därigenom kommer vi kunna lyckas uppnå målet att alla våra patienter har en fast namngiven läkare i enlighet med Socialstyrelsens riktmärke.

I december 2024 var 7600 patienter listade på Vibblaby HLM. 79,5% av dessa patienter var då listade på en namngiven läkare. I PrimärvårdsKvalitet (PVQ) genom MedRave m4 har vi valt att titta på kontinuitetsindex för:

- Besök till läkare för patienter med kronisk sjukdom
- Besök till läkare för patienter med samsjuklighet (flera kroniska sjukdomar)
- Besök till undersköterska för omläggning av bensår.

Avseende kontinuitetsindex för samtliga ovanstående läkarbesök ligger Vibblaby HLM strax över medianvärdet i Region Stockholm. Gällande kontinuitetsindex för besök till undersköterska för bensår har vi i nuläget ingen aktuell statistik. Vi har identifierat att detta beror på bristfällig registrering av diagnoskod vid journalföring i samband med dessa besök vilket resulterar i att vi ej har information i Medrave kring kontinuitet. Detta är något vi avser att se över.

Även om vi redan ligger bra till jämfört med andra vårdcentraler i regionen så har vi som mål att ligga bland de bästa i kontinuitetsindex för besök till läkare, sjuksköterska och undersköterska och ser att vi har goda förutsättningar att förbättra dessa mått under 2025. Vi vill arbeta mot detta mål då vi är övertygade att kontinuitet i vården är en av de främsta faktorerna som leder till i längden förbättrad hälsa för våra patienter och bäst utnyttjar vårdens begränsade resurser.

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.

Fast läkarkontakt och förbättrad kontinuitet för alla patienter listade på Vibblaby HLM.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

1. Öka kontinuitet till fast läkare för patienter med kronisk sjukdom (indikator Ko01L) senaste 18 månaderna.
2. Öka kontinuitet till fast läkare för patienter med samsjuklighet (indikator Ko03;4:

<p>(≥4 kroniska sjukdomar), senaste 18 månaderna.</p> <p>3. Öka kontinuitet för besök hos undersköterska för patienter med bensår (indikator KO6).</p> <p>4. Ökad patienternas nöjdhet med sin upplevda kontinuitet på vårdcentralen.</p> <p>5. Öka andelen patienter som är listad på namngiven läkare.</p>	
<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</p>
1: Brist på specialister i allmänmedicin på mottagningen	1.1.: Anställa en till specialist i allmänmedicin.
2: Många patienter har ej en namngiven läkare.	2.1: Anställa en till specialist i allmänmedicin 2.2: Ge alla ST-läkare från start av sin ST en mindre egen lista av patienter som de är huvudansvariga för och blir patientens fasta läkarkontakt med stöd av handledare. 2.3: ST-läkare som kommit mer än halvvägs i sin ST blir listningsbara med successivt fler listade patienter fram till specialistbevis
3: Bristande möjligheter att boka patienterna till sin namngivna läkare när patienten har behov av att komma på besök för akuta besvär.	3.1: Ombearbeta grundläggande schema för bokningar till läkare för att öka möjlighet att tid finns tillgänglig när patienten har behov av att komma. 3.2: Förtydliga rutin kring bokningar primärt till sin namngivna läkare.
4: Bristande rutin för bokning till samma undersköterska/sjuksköterska vid uppföljning av bensår/sårömläggning. Bristande rutin för journalföring av omläggning för bensår.	4.1: I sjuksköterske- och undersköterskegruppen diskutera och utforma en förbättrad rutin för bokning till samma person i större utsträckning vid omläggning av bensår (men även andra sår). 4.2: Se över rutin för journalföring vid sårömläggning för att kunna mäta kontinuitet och utveckla rutin.
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	
Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal	

årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärde
Indikator 1	Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare (Koo1L)	0,53	250131	0,7	Med-rave	251231
Indikator 2	Kontinuitetsindex för patienter med samsjuklighet (≥4 kroniska sjukdomar), senaste 18 månaderna, läkare (Ko03;4)	0,59	250131	0,7	Med-rave	251231
Indikator 3	Kontinuitetsindex för patienter med bensår, senaste 18 månaderna, undersköterska eller sjuksköterska (Ko06)	0	250131	0,6	Med-rave	251231
Indikator 4	Medelvärde för patienternas nöjdhet med kontinuiteten på vårdcentralen på en skala mellan 1-10	7,90	250228	9	Patient-enkät	251231
Indikator 5	Andelen patienter som är listad på namngiven läkare	79,5%	241231	100%	Liston	251231

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni 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.

Vi har tillsammans påbörjat arbete med att se över alla läkares grundschema samt bokningsrutiner och göra förändringar i dessa. Dessa förändrade scheman kommer att införas från och med mars och vi planerar att göra en utvärdering i juni månad för att då kunna göra ytterligare förändringar efter behov inför hösten.

Arbetet med att lista patienter på namngiven läkare har påbörjats och kommer följas upp löpande under året.

Vi kommer se över rutiner för vårt arbete med såromläggningar/bensår. Som första steg planeras att sköterskegruppen tar upp detta för diskussion och därefter får arbetet utformas utefter detta.

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

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2025 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetsätt har ni infört och standardiserat?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetsättet. **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 början av året lade vi mycket tid på att se över hur våra scheman med andel planerade samt akuta tider till varje läkare såg ut och hur dessa utnyttjades. Detta för att sedan planera om och lägga nya scheman för alla läkare. Syftet med denna schemaomläggning var att ge bästa möjliga förutsättningar att kunna erbjuda tid till sin namngivna läkare i första hand vid såväl akuta som planerade tider. Nytt grundschema kom i bruk under April månad och utvärderades i juni. Inga ytterligare justeringar gjordes därefter.

I schemat såg vi till att varje läkare har flera akuta tider dagligen såväl som möjlighet att boka in patienter utifrån behov inom 3 dagar (inom vårdgarantin) eller längre fram efter behov. Därigenom ville vi minska risken att patienten istället bokas till annan läkare.

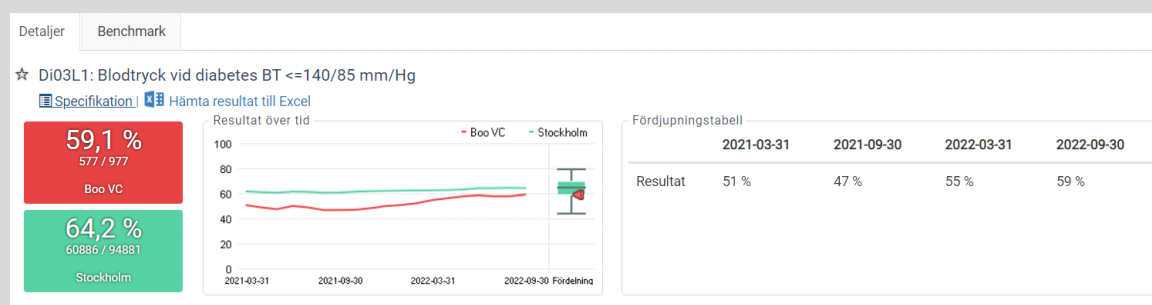
Patienter listades aktivt på namngiven läkare under året och ST-läkarna fick aktivt max 300 patienter som blev deras "öronmärkta patienter" för att ge förutsättning till kontinuitet även till dem. Max 1100 patienter till heltidsarbetande specialistläkare med tillägg av de öronmärkta patienterna till resp. ST-läkare gav att de heltidsarbetande specialistläkarna fick 1400 listade patienter var. Att kommunicera ut tydligt till de som bokar in besök till läkare var viktigt och behövde upprepas för att försöka erbjuda kontinuitet före "besök idag" när det inte var medicinsk

motiverat . Vi upptäckte dock att flera patienter ofta valde att få komma ”på dagen” till annan läkare istället för att vänta på tid till sin doktor.

I sjuksköterskegruppen sågs rutiner för arbetet med såromläggningar/bensår över. Det uppkom en diskussion om att absolut kontinuitet inte alltid var önskemålet att sträva efter utan att det också framkom en trygghet i att det var flera som såg samma sår och kunde ge återkoppling eller råd kring vidare handläggning. Eftersom vi inte kunde mäta kontinuitet för att diagnossättning sakades i journalmallarna för såromläggning infördes först rutinen att sätta diagnos och använda samma journalmall ”sårjournal”. Vid uppföljning efter sommaren framkom dock att många trots införd rutin ej satt diagnos. En bra bit in på hösten låg kontinuitetsindex fortfarande på 0. Vi förändrade då journalmallen så att diagnos blev en obligatorisk information att fylla i. Nu ser vi att vi börjar få statistik för mätning av kontinuitet.

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:**



	Indikatorerna T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Start - läge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum / period för resultatvärdet
Indikator 1	Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare (Koo1L)	0,53	250131	0,7	0,48	Med-rave	251231
Indikator 2	Kontinuitetsindex för patienter med samsjuklighet (≥4 kroniska sjukdomar), senaste 18 månaderna, läkare (Ko03;4)	0,59	250131	0,7	0,46	Med-rave	251231
Indikator 3	Kontinuitetsindex för patienter med bensår,	0	250131	0,6	0,29	Med-rave	251231

	senaste 18 månaderna, undersköterska eller sjuksköterska (Ko06)						
Indikator 4	Medelvärde för patienternas nöjdhet med kontinuiteten på vårdcentralen på en skala mellan 1-10	7,9	250131	9	8,3	Patientenkät	Dec 2025
Indikator 5	Andelen patienter som är listad på namngiven läkare	79,5	250131	100 %	94,7	Liston	Dec 2025

Övriga kommentarer:

Medelvärde Stockholm: 0,44 (indikator 1), 0,47 (Indikator 2), 0,41 (Indikator 3)

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Trots mycket diskussion i arbetsgruppen på våra APT, och genom att förändra våra grundschema för att ge **förutsättningar** till förbättrad kontinuitet så visade statistiken att våra kontinuitetsindex istället sjönk under året. Vi lärde oss att vår syn på vikten av kontinuitet i vården inte alltid delades med patienternas önskemål om att få komma för en medicinsk bedömning. Statistiken delar inte heller upp vad orsaken till besöket var, om det var akut behov av att bli bedömd av en läkare samma dag eller inte vilket försvårar en djupare analys av kontinuitet. Vår uppfattning är att kontinuiteten till namngiven doktor är mycket god vad gäller årskontroller för sina kroniska sjukdomar och även för ex-vis psykisk ohälsa och sjukskrivningar, och det har varit intressant att kunna titta närmare på.

Vidare har vi gjort analysen att en sannolik orsak till sjunkande kontinuitetsindex trots att patienterna i större grad är listad på namngiven doktor, är att vi under 2025 var mycket väl bemannade med läkare. Alla våra ST-läkare var på plats på Vårdcentralen under större delen av året och vi har haft 1-2 AT-läkare hos oss. Detta gjorde att vår tillgänglighet för tid till läkare för bedömning har varit mycket god. Det tror vi kan ha bidragit till att patienter erbjudits tid till tillgänglig doktor i större grad än till sin namngivna doktor, särskilt så vår upplevelse är att patienterna i vissa fall prioriterat detta själva.

Det vi dessutom lärt oss är att patienterna upplevelse av kontinuitet inte heller behöver stämma med den faktiska kontinuiteten. Detta belyses i patientenkäterna.

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?

Genom patientenkät som vi skickat ut via 1177 har vi utgått från patienternas upplevelse av kontinuitet och efter genomförda förändringar har vi följt upp genom ny enkät ut till våra patienter. Vi fick ta emot många kommentarer från patienterna kring deras åsikter om kontinuitet och därigenom kunna reflektera över deras upplevelse. Det var inte alltid deras upplevda kontinuitet stämde med verklighetens kontinuitetsindex.

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 är fortsatt övertygade om att kontinuitet är en framgångsfaktor inom primärvården och fortsätter att sträva efter att patienten kan erbjudas tid till sin namngivna läkare både vid akuta och mer planerade medicinska behov. Att ha tydligt öronmärkta patienter till ST-läkare som dessutom är parade med sin handledares patientlista kommer vi fortsätta sträva efter där listan patienter öronmärkta till ST-läkare växer genom ST-läkarens tid. Vi skulle gärna se en förändring där ST-läkarna tillåts listas på från start av sin ST-tid. Vår absoluta målsättning är att 100% av våra patienter ska vara listade på namngiven doktor och att det även ska innebära rimlig lista på max 1100 patienter per heltidsarbetande specialist och vi ser en möjlighet att nå detta mål. När vi nu kan mäta kontinuitet även till såromläggning till usk och ssk planerar vi att fortsatt titta på hur den kontinuiteten ser ut under 2026 och utvärdera hur det upplevs fungera i arbetsgruppen. Vi ser gärna att vi framöver komma arbeta vidare med just bensår på mottagningen.

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

t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@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") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.