

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

Hallonbergens vårdcentral SIP&Lifecare

del 1 och 2

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Hallonbergens vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Niss Maria Arthursson
Verksamhetschef Ina El-Sherif	Verksamhetschefens e-post ina.el-sherif@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Konstandina Koshenaj	Kontaktpersonens e-post konstandina.koshenaj@regionstockholm.se

Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med del 1 ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 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 forbattringsarbeten.apc.sls@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 arbetssätt). 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: Konstandina Koshenaj
Profession: Sjuksköterska i hemsjukvården

Att involvera flera

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

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.

- Inkludera gärna 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

A:

Konstandina Koshenaj, sjuksköterska hemsjukvården
Ida Landgren, sjuksköterska hemsjukvården
Arif Iqbal, specialist i allmänmedicin, hemsjukvårdsläkare
Ina El-Sherif, distriktssköterska och tf verksamhetschef

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

B:

I utformandet av vårt arbete kommer vi inte inkludera patienterna. Vi har i stället valt att under vårt arbete involvera patienterna genom att erbjuda dem att fylla i enkät från SIP kollen om hur de upplever Samordnad individuell plan (SIP). Patienterna kommer även indirekt involveras då vår målsättning är att möjliggöra att fler personer erbjuds och får en SIP. SIP utgår ifrån patientens önskemål om vad som är viktigt för hen.

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.

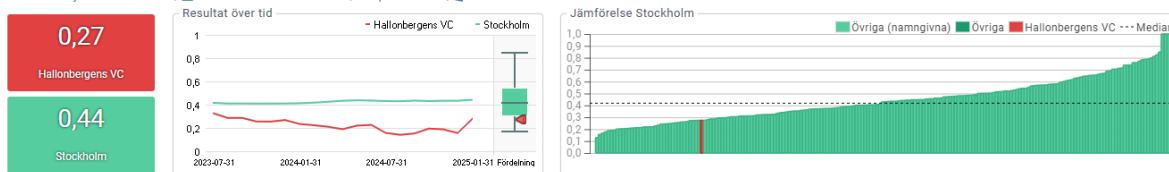
I Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att kommunen och regionen ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när de bedömer att en patients insatser behöver samordnas. Lagen om samverkan vid utskrivning (LUS) förtydligar primärvårdens ansvar vid utskrivning och att alla patienter ska erbjudas en SIP om de efter utskrivning från slutenvården har behov av insatser från två huvudmän.

Hallonbergens vårdcentral har ca 7 300 listade patienter och ca 50 patienter inskrivna i hemsjukvården. Verksamheten genomförde 6 st SIP vid utskrivning (AU125) under 2024. Varför så få SIP? Detta väckte vårt engagemang för att genomföra ett förbättringsarbete inom området.

Vi väljer att fördjupa oss i hur det ser ut med SIP på vår enhet. I primärvårdskvalitet kan vi se att vi ligger under snittet jämfört med regionen gällande andel personer med SIP, 0,27% jämfört med 0,44%.

★ Ko04S: Kontinuitetsindex för patienter med Samordnad Individuell Plan (SIP), senaste 18 månaderna, sjuksköterska

[Detaljsida för indikator](#) | [Jämför resultat med andra](#) | [Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Hallonbergens vårdcentral har haft stor personalomsättning bland sjuksköterskor i hemsjukvården och verksamheten har inga tydliga rutiner för hur och när vi bör kalla till SIP, sjuksköterskorna i hemsjukvården känner sig osäkra vad det gäller kallelser, protokollföring för SIP och samverkan med biståndshandläggarna. De upplever brister i kommunikationen i Lifecare.

Vi vill därför införa rutiner för SIP-hantering som säkras upp och inte är beroende på person, även om sjuksköterskor i hemsjukvården byts ut ska det vara tydligt för de nyanställda hur och när vi bör kalla till SIP och hur protokollföringen går till.

Vi planerar att ha möten med specialistsjuksköterska från vårdcentral där välfungerande SIP-rutiner har tagits fram och även möten med biståndshandläggare i Sundbybergs kommun för att förstå varandras roller och uppdrag i SIP-sammanhang.

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.

SIP och Lifecare

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-forbattringstrappa/>

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

Formulera här era mål:

Möjlighet att alltid erbjuda SIP där vi ser att behov finns och i enlighet med LUS till alla som skrivs ut från slutenvården inom tre arbetsdagar efter utskrivningsklar.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/> <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

1: Personalen saknar kunskap om datasystemet LifeCare

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1.1: Utbildningsinsatser för att lära systemet
1.2: Rutin för upplärning av ny personal samt vikarier

2: Behov av samarbete med lokala aktörer som kommunen och rehab	2.1: Erbjudna möten för samverkan med biståndshandläggare, hemtjänst och rehab
3: Avsaknad av strukturerat arbetssätt och rutin som leder till stor åtgång av tid vid planering och genomförande av SIP	3.1: Planera för effektiva möten med personalgruppen som arbetar med SIP 3.2: Utifrån mötesprotokoll skapa en lokal rutin för SIP

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktogs-lada-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 snabbspirometrier 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 snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Upprättande av Samordnad individuell plan vid utskrivning AU125	6 st	1 januari 2025	24 st	Med-rave	31 dec 2025
Indikator 2	Upprättande av Samordnad individuell plan AU124	13 st	1 januari 2025	16 st	Med-rave	31 dec 2025
Indikator 3	Uppföljning av Samordnad individuell plan AW010	0 st	1 januari 2025	8 st	Med-rave	31 dec 2025
Indikator 4	Samanställning av Enkät SIP kollen	Antal patienter som svarat på enkäten och samanställning av svar.				31 dec 2025
Indikator 5	Lokal rutin för SIP	Ska vara klar innan 2025-12-31				31 dec 2025

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 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.

Planera:

- Avsätta tid för vidareutbildning av samtlig personal som arbetar i LifeCare. Skapa rutin för upplärning av ny personal och vikarier.
- Planera för möte med samtliga sjuksköterskor som idag arbetar med SIP. Använda effektiva mötesmetoden för att alla ska vara aktiva under mötet och få framföra sin åsikt.
- Planera för minst ett samarbetsmöte med lokala aktörer gällande SIP, utgå ifrån Nestors dokument riggat för samverkan.
- Efter varje utförd SIP erbjuda patienten och eventuella anhöriga att anonymt fylla i enkät från SIP kollen.

Göra:

- Efter avslutad utbildning i LifeCare tillfråga alla deltagare vilka kunskapsbehov som saknar och om det saknar kunskap planera fortsatt utbildning eller stöd.
- Ansvariga för förbättringsarbetet skriver lokal rutin för SIP möte utifrån affektiva möten med personalgrupp och resultat av samverkan med lokala aktörer.
- Genomföra samverkans möte med lokala aktörer.
- Varje kvartal sammanställa antal enkäter och antal SIP som genomförts från MedRave som inkommit samt resultat.

Studera:

- Finns fortsatt behov av utbildning och stöd gällande LifeCare.
- Finns fortsatt behov av samverkan med lokala aktörer
- Ser vi en ökning av antal SIP efter utbildningsinsatser.
- Arbetar vi Personcentrerat vid SIP? Utvärdera sammanställning av enkäten

Agera:

- Utifrån våra resultat besluta om vi är nöjda med våra mål och i så fall arbeta vidare för implementering och upprätthållande av arbetssättet. Om vi inte uppnår våra mål utvärdera vad vi behöver göra om – Nytt varv i PGSA.

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 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

Förbättringsarbetet under året har inkluderat patienter som är eller har varit inskrivna i hemsjukvården i Hallonbergen.

Utbildning:

Inledning i förbättringsarbetet startade med att Sjuksköterskor i hemsjukvården genomgick en utbildning i Life Care via lärotorget på Insidan.

En kontakt togs med Skärholmens vårdcentral för att inhämta information om deras rutiner och hur de kallar patienter till möten för Samordnad individuell planering (SIP).

Utförande:

För patienter som är inskrivna på sjukhus har SIP upprätthållits i samband med utskrivning, genom att SSK på vårdavdelning frågat patienten om samtycke. När patienten givit sitt samtycke till SIP, har patienten kallats. I vissa fall har SIP behövt samordnas direkt på sjukhuset. Men i de flesta fall har SIP planerats i patientens hem efter att patienten varit hemma i någon vecka, ibland någon månad. Patientens behov har legat som grund till om SIP sker i hemmet eller i samband med sjukhusvistelse.

Från en början kallades endast patient, anhörig och biståndshandläggare till SIP- möten men rätt tidigt i processen insåg vi att hemtjänst och i vissa fall rehab och dietist även borde delta. Aleris som besöker patienter kvällar och helger, har även dem bjudits in för att möjliggöra en säker och ordentlig planering anpassad efter patientens individuella behov. Dock har Aleris ej haft möjlighet att medverka vid något av SIP- mötena. Däremot har Aleris bidragit med deras tankar och åsikter angående patientens hemsituation innan mötet ägt rum. Dessa har sjuksköterskor i hemsjukvården berättat på mötena. Alla patienter som hamnat på sjukhus och redan varit inskrivna i Hemsjukvården kallades till SIP om dem tackat ja.

Inbjudan till SIP har skett via Life Care, remiss samt telefonsamtal till de aktörer som patienten har eller kommer att behöva insatser ifrån. Anhöriga är alltid inbjudna om patienten tillåter detta.

Vid SIP-möten har sjuksköterskor inom hemsjukvården varit den aktör som ansvarat och styr mötet.

Inledning startar med presentationsrunda där alla deltagare presenterar vilka insatser patienten har i dagsläget från respektive aktör.

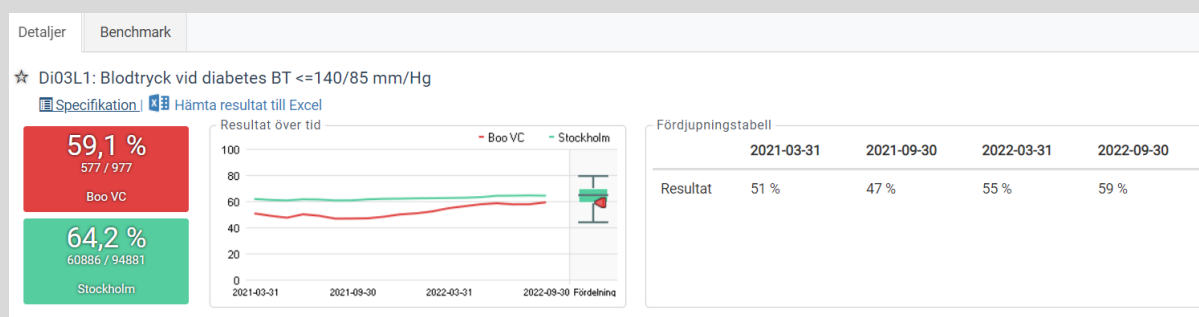
Samtal kring patientens eventuella framtida behov och vilken hjälp patienten kan få diskuteras. På SIP mötet får patient och dess anhöriga lyfta de behov som patient har hemma. Om patienten är känd för representanter från hemsjukvården kan de fylla i de behov som eventuellt patienten missar framföra. Vårdaktörer lyfter vilka insatser som varje aktör anser att patienten behöver och där efter får patienten berätta vad hen önskar hjälp med. Efter önskemål och behov från patient får aktörer arbeta på olika håll att möjliggöra och skapa de bästa förutsättningar för patienten.

Dokumentation har skett i Take Care journalmall "SLSO SIP".

Hinder som uppstått är att det i början av året funnits ett visst motstånd från biståndshandläggare som uppger att SIP inte alltid behövs upprätthållas vid utskrivning från sjukhus. Enligt biståndshandläggare räcker det att kontakten sker mellan patient, anhörig och biståndshandläggare. Det vill säga att vårdcentral, hemsjukvård eller andra vårdaktörer inte behöver vara delaktiga i planeringen av patientens behov.

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 Primärvårds Kvalitet 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 (antal)	Datum för startläge	Mål (antal)	Resultat (antal)	Källa	Datum för resultatvärdet
Indikator 1	Upprättande av Samordnad individuell plan vid utskrivning AU125	6 st	1 jan 2025	24 st	23 st	Medrave	31 dec 2025
Indikator 2	Upprättande av Samordnad individuell plan AU124	13 st	1 jan 2025	16 st	8 st	Medrave	31 dec 2025
Indikator 3	Uppföljning av Samordnad individuell plan AW010	0 st	1 jan 2025	8st	0 st	Medrave	31 dec 2025
Indikator 4	Samanställning av Enkät SIP kollen	0 st	1 jan 2025		15 st		31 dec 2025
Indikator 5	Lokal rutin för SIP	Se bifogad fil "Hallonbergens VC Bilaga 1"					31 dec 2025

Övriga kommentarer:

Vi har ej uppnått vårt uppsatta mål. En anledning till detta är att biståndshandläggare vid något tillfälle avböjt till medverkan vilket resulterade i att patient och närstående dragit sig ur. Några av patienterna har tackat nej till SIP.

Indikator 3, *Uppföljning av Samordnad individuell plan (AW010)*, kom aldrig att användas. Det saknades tillfällen att tillämpa denna kod, vilket resulterade i ett utfall på 0. Orsaken var tidsbrist, då fokus i stället riktades mot patienter som nyligen varit inlagda på sjukhus.

Antalet patienter som svarade på enkäten Sammanställning av SIP blev endast 15 st. Önskemål var att alla patienter som blivit kallade till SIP skulle svara på enkäten. Anledningen till att patienter avstått att svara tror vi kan bero på brist på engagemang hos patienterna till att svara men även sjukdomsrelaterade faktorer exempelvis kognitiv svikt och i vissa fall språkliga förbistringar.

Kallelse för SIP av läkare var aldrig någon målgrupp för kvalitetsarbetet men även dem har kallat till SIP under året.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

SIP har mestadels bidragit till goda resultat med nöjda patienter och deras anhöriga. Även samarbetet mellan olika professioner har stärkts, vilket har bidragit till ökad patientsäkerhet.

I vissa patientärenden har vi mött motstånd trots att hemsjukvård, hemtjänst, anhöriga och patienten själv uttryckt önskemål om särskilt boende. Bristande förståelse från biståndsbedömningen eller svårigheter att få fram platser har i flera fall lett till långa handläggningstider. Fördröjningen har ibland inneburit att patienter drabbats av upprepade fall i hemmet, vilket i sin tur lett till onödiga sjukhusinläggningar och ett flertal avvikelser kopplade till en ohållbar hemsituation. Det har även förekommit att patienter inte velat flytta från sitt hem trots att de varit mycket sköra och haft behov av mer tillsyn än vad kommunen maximalt kan erbjuda, det vill säga sex dagliga besök samt två nattliga. När patienten tackar nej till erbjudet om särskilt boende kan detta medföra bristande patientsäkerhet och en ökad risk för återkommande sjukhusbesök.

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?

Innan mötet har vi frågat patienter och närstående vad dem önskar ta upp på SIP och vad dem önskar få hjälp med. Detta har bidragit till ökad patientdelaktighet samt att patienten har haft möjlighet att förbereda sig inför mötet. Resultatet har bidragit till att vårdpersonalen fått en mer heltäckande bild av patientens behov, i stället för att enbart fokusera på medicinska aspekter och hemsjukvårdens insatser. Den ökade patientdelaktigheten har gjort att vård- och omsorgsaktörer i större utsträckning beaktar samtliga behov, snarare än att utgå från antaganden om vad patienten behöver.

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

Vi kommer fortsätta kalla till SIP efter sjukhusinläggningar samt när nya patientbehov uppstår. Både patienter och närstående har varit nöjda och meddelat att dem känner sig mer säkra vid utskrivning från sjukhus. Sjuksköterskor på hemsjukvården har sett att kvalitetsarbetet har bidragit till ökad patientdelaktighet och stärkta relationer mellan vårdpersonal och patient/närstående.

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