

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Riskbedömning i hemsjukvården – en del av patientsäkerheten

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Spånga vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Christine Fransson
Verksamhetschef Denis Stygar	Verksamhetschefens e-post Denis.stygar@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Lina Farhad	Kontaktpersonens e-post Lina.farhad@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.slso@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.slso@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: Lina Farhad
Profession: Distriktssköterska / Enhetschef

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

Ann Eriksson DSK
Anna Nordling Bascur DL
Denis Stygar, MLA/verksamhetschef
Johan Hagman SSK
Lina Farhad, DSK/enhetschef
Madeleine Rönsen USK
Rigmor Eriksson DSK
Roda Hassan Elmi USK
Siv Sundman DSK, samordnare inom HSV
Sofia Kreig USK
Susanne Ahlqvist, enhetschef

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

B: Vid inskrivningssamtal, teambesök och vid dagliga besök.

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.

Nuvarande situation:

Vi har identifierat att riskbedömningar vid inskrivning i hemsjukvården inte alltid genomförs systematiskt enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Dessutom finns en variation i hur ofta uppföljning av riskbedömningar görs, vilket kan leda till att förändrade vårdbehov inte uppmärksammas i tid.

Vid analys av våra siffror i Medrave ser vi att andelen patienter 80 år eller äldre med risk för undernäring är 12 %, vilket är högre än snittet för Stockholm på 9,1 %. Detta indikerar att vi har en patientgrupp med ökad risk som behöver identifieras och följas upp på ett mer strukturerat sätt.

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.

Vad vi vill åstadkomma och varför:

Målet är att samtliga patienter inskrivna i hemsjukvården ska ha en genomförd riskbedömning i samband med inskrivning och att denna uppdateras minst en gång per år eller oftare vid behov. En strukturerad och regelbunden riskbedömning är avgörande för att:

- Identifiera riskfaktorer för exempelvis fall, undernäring, trycksår och läkemedelsrelaterade problem i ett tidigt skede.
- Skapa individanpassade vårdplaner för att förebygga komplikationer och undvika onödiga sjukhusinläggningar.
- Säkerställa att vården är personcentrerad och följer aktuella riktlinjer och god vårdpraxis.
- Stärka patientsäkerheten och kvaliteten i hemsjukvården genom att arbeta proaktivt och förebyggande.

Genom att följa upp vår följsamhet till riktlinjerna och jämföra våra resultat med exempelvis PrimärvårdsKvalitet och Medrave kan vi identifiera förbättringsområden och vid behov justera våra arbets sätt.

Vårt förbättringsarbete fokuserar på att säkerställa en enhetlig rutin för riskbedömningar, öka följsamheten till riktlinjer samt kontinuerligt utvärdera effekterna av dessa insatser på vårdkvaliteten.

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:

- **Att alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården Kortsiktiga** får en första riskbedömning i samband med inskrivning samt att detta uppdateras minst 1 gång /år eller oftare vid behov.
- **Långsiktiga mål:** Minska antalet fallincidenter, trycksår och undernäring.
- **Införa ett strukturerat och enhetligt sätt att dokumentera fall, trycksår och undernäring** i hemsjukvården genom standardiserade riskbedömningar och journalmallar. På sikt ska detta underlätta uppföljning av antalet incidenter och möjliggöra förbättrade förebyggande åtgärder.

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

1: Otydliga rutiner

1.1: Skapa en tydlig och lättillgänglig dokumentation av rutiner för riskbedömningar, trycksår och undernäring.
 1.2: Säkerställ att rutinerna ingår i introduktion och regelbundna möten för att hålla dem aktuella.

2: Brist på följsamhet av rutiner

2.1: Implementera regelbundna uppföljningar och feedbackrundor för att säkerställa att rutinerna följs

3: Otillräcklig utbildning

3.1: Genomför utbildningar för personalen om vikten av riskbedömning och hur de nya rutinerna ska tillämpas.

3.2: Tillhandahåll praktiska exempel och scenarier för att personalen ska känna sig trygg i att använda de nya mallarna och rutinerna.

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/verktygslada-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.)

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 målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med riskbedömningar i samband med inskrivningar</i>	0 av 62 patienter. 0%	2025-01-01	>50%	Journalgranskning	2025-12-31
Indikator 2	<i>Patienter inskrivna i basal hemsjukvård där riskbedömning av fall har dokumenterats i journalen</i>	0 %	2025-01-01	>50%	Utdata från Avstämning och TakeCare	2025-12-31
Indikator 3	<i>Patienter inskrivna i basal hemsjukvård där riskbedömning av trycksår har dokumenterats i journalen</i>	0 %	2025-01-01	>50%	Utdata från Avstämning och TakeCare	2025-12-31
Indikator 4	<i>Patienter inskrivna i basal hemsjukvård där riskbedömning av undernäring har dokumenterats i journalen</i>	1,4 % (3)	2025-01-01	>50%	Utdata från Avstämning och TakeCare	2025-12-31
Indikator 5	<i>Antal patienter med trycksår (L89 diagnos)</i>	15 patienter	2025-01-01	<15	Med-rave	2025-12-31
Indikator 6	<i>Andel patienter undernäring med E40-46 diagnos</i>	13 patienter	2025-01-01	<13	Med-rave	2025-12-31
Indikator 7	<i>Andel patienter med fallolycka (W00+ W00-w19 diagnos)</i>	17 patienter	2025-01-01	<17	Med-rave	2025-12-31

Kommentar (valfritt):	Kommentar (valfritt): Indikator 3 och 4 är ej tillförlitliga under år 2024 då alla incidenter kanske ej har dokumenterats på ett korrekt sätt (man har ej satt diagnos)					
------------------------------	---	--	--	--	--	--

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-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?

Planering:

- Samordnaren ser till att riskbedömningsmallar alltid finns tillgängliga i inskrivningspärmerna.
- Genomgång och utbildning om riskbedömningar, dokumentation samt förebyggande åtgärder vid nästa hemsjukvårdsmöte.
- De områdesansvariga sjuksköterskorna tar gemensamt fram ett årshjul där uppdatering av riskbedömningar integreras i det löpande arbetet, för att säkerställa att de genomförs regelbundet under året. Årshjulet skapas i början av året och revideras vid behov.
- **Läkare** ansvarar för att beakta riskbedömningarna vid medicinska bedömningar och ordinationer. Läkaren involveras genom att riskbedömningar tas upp på teammöten och i journalanteckningar.
- Undersköterskor spelar en nyckelroll i daglig observation av patienterna och kan bidra med viktig information om försämringar. Undersköterskan ska rapportera förändringar i patientens tillstånd till sjuksköterska (t.ex. ökad fallrisk, sämre nutritionsstatus eller trycksår) och ingår i teamdiskussioner om riskfaktorer och förebyggande åtgärder.
- Planen ska följas upp månadsvis på varje hemsjukvårdsmöte.
- Var tredje månad kommer enhetscheferna ta fram data för att se om planen följs.

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.sloso@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 upptäckte tidigt bristfällig dokumentation vid inskrivning samt att inskrivningsrutinen inte var känd hos all personal. Därför prioriterades förbättring av grundläggande dokumentation innan arbetet med riskbedömningar vidareutvecklades.
- Interna utbildningsinsatser genomfördes med fokus på bedömning av hälsotillstånd och riskbedömningar, tydliggörande av skillnaden mellan inskrivningsanteckningar och vårdplaner samt vikten av korrekt, individuell och aktuell dokumentation i det dagliga arbetet.
- Införde planeringsdag för hemsjukvården. Ledningen uppmärksammade behovet av egen planeringstid för hemsjukvårdens personal för att stärka samarbetet och gå igenom gemensamma arbetssätt, rutiner och dokumentationskrav.
- Områdesansvariga sjuksköterskor fick avsatt tid just för riskbedömningar och journalgranskningar för sina patienter.
- Under året följde vi upp hur dokumentation och arbetssätt utvecklades, vilket ökade fokus i arbetsgruppen och gjorde det enklare att identifiera brister och goda exempel.
- I nuläget är arbetssättet organiserat så att områdesansvarig distriktssköterska och sjuksköterskekollega roterar och täcker upp för varandra i hemsjukvården, vilket innebär att de sällan arbetar samtidigt inom samma område. För att möjliggöra gemensamma teambesök och skapa bättre struktur i ansvarsområdena kommer därför avsatt tid en gång per kvartal att införas, där båda kan arbeta tillsammans med planering, samordning och uppföljning.

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
Ind 1	<i>Andel patienter med riskbedömningar i samband med inskrivningar</i>	0%	2025-01-01	>50%	26% (16 patienter av 61)	<i>Journalgranskning</i>	Under år 2025
Ind 2	<i>Patienter inskrivna i basal hemsjukvård där riskbedömning av fall har</i>	0 %	2025-01-01	>50%	26% (52 patienter)	Utdata från Avstämning	2025-12-31

	<i>dokumenterats i journalen</i>					sfunktionen och TakeCare	
Ind 3	<i>Patienter inskrivna i basal hemsjukvård där riskbedömning av trycksår har dokumenterats i journalen</i>	0 %	2025-01-01	>50%	26% (52 patienter)	Utdata från Avstämning sfunktionen och TakeCare	2025-12-31
Ind 4	<i>Patienter inskrivna i basal hemsjukvård där riskbedömning av undernäring har dokumenterats i journalen</i>	1,4 % (3)	2025-01-01	>50%	21,4% (43 patienter)	Utdata från Avstämning sfunktionen och TakeCare	2025-12-31
Ind 5	<i>Antal patienter med trycksår (L89 diagnos)</i>	14 patienter	Under år 2024	<15	12	Medrave	Under år 2025
Ind 6	<i>Andel patienter undernäring med E40-46 diagnos</i>	13 patienter	Under år 2024	<13	22	Medrave	Under år 2025
Ind 7	<i>Andel patienter med fallolycka W00-w19 diagnos</i>	17 patienter	Under år 2024	<17	22	Medrave	Under år 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Kvalitetsarbetet har tydliggjort att systematiska riskbedömningar är starkt beroende av att grundläggande dokumentation finns på plats. En central lärdom är att avsaknad av inskrivningsanteckningar och vårdplaner försvårar möjligheten att genomföra riskbedömningar på ett patientsäkert och likvärdigt sätt. Inskrivningsanteckningar och vårdplanering är därför mycket värdefulla och utgör ett utvecklingsområde som behöver prioriteras innan arbetet med riskbedömningar kan vidareutvecklas.

Arbetet har också visat att ökad uppmärksamhet på riskområden leder till förbättrad dokumentation och identifiering av fler patienter med behov, även om detta inte alltid speglas som måluppfyllelse i kvantitativa indikatorer. Särskilt gäller detta diagnosrelaterade indikatorer, där ökade tal snarare kan tolkas som ett uttryck för ökad medvetenhet och förbättrad kvalitet i bedömningar än som en faktisk försämring.

En ytterligare lärdom är att målvärden kopplade till diagnosförekomst är svåra att använda, då dessa i hög grad påverkas av patientmix och vårdtyngd. Analys och kvalitativ tolkning är därför avgörande för att förstå resultaten.

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?

Patienternas kunskap och erfarenheter har använts främst i samband med inskrivning, uppföljning och bedömning av risker. Genom samtal med patienter och, där det varit aktuellt, närstående, har information om fallrisk, nutrition, tidigare vårdskador och funktionsförmåga samlats in och legat till grund för bedömningar och planerade åtgärder.

Arbetet har också bidragit till ökad medvetenhet hos personalen kring vikten av att involvera patienten i vårdplaneringen. I samband med förbättrad dokumentation har patientens behov, resurser och önskemål i högre grad tydliggjorts i vårdplaner och inskrivningsanteckningar. Detta har skapat bättre förutsättningar för delaktighet och ökad förståelse hos patienten kring sin egen vård och sina risker.

Kvalitetsarbetet har därmed indirekt stärkt patientens roll genom att struktur och tydlighet i vårdprocessen har förbättrats.

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.

Under kvalitetsarbetet har det framkommit att nuvarande riskbedömningsmall inte upplevs som fullt anpassad för patienter inom hemsjukvården, utan snarare är utformad för slutenvård. Detta kan ha påverkat både användbarheten och följsamheten till riskbedömningar.

En möjlig förbättring är att se över alternativa riskbedömningsverktyg som är bättre anpassade för hemsjukvårdspatienter och som tydligare integreras i vårdplanen. Detta bedöms kunna öka både användning och kvalitet i bedömningarna. Frågan bedöms vara av mer övergripande karaktär och kan därför behöva lyftas vidare för fortsatt arbete på en mer central nivå.

Utifrån årets erfarenheter planeras fortsatt arbete med fokus på att vidmakthålla och vidareutveckla de positiva förändringar som identifierats. En prioriterad åtgärd är att säkerställa att alla patienter som skrivs in i hemsjukvården har korrekta inskrivningsanteckningar och aktuella vårdplaner som grund för vidare riskbedömningar.

Riskbedömningar kommer fortsatt att följas upp, men med justerade och mer realistiska mål som tar hänsyn till patientgruppens sammansättning. För diagnosrelaterade indikatorer planeras ett ökat fokus på analys och uppföljning över tid snarare än fasta målvärden.

Vidare avses kvalitetsarbetet användas som ett levande verktyg för att identifiera ytterligare utvecklingsområden inom dokumentation och patientsäkerhet. Arbetssättet kommer vid behov att justeras för att skapa hållbara rutiner som stödjer både personalens arbete och patienternas säkerhet och delaktighet.

Arbetet har tydliggjort behovet av mer strukturerade interna utbildningsinsatser, särskilt kring bedömning av hälsotillstånd och betydelsen av korrekt och enhetlig dokumentation i det dagliga arbetet.

Under året har utbildningsinsatser genomförts där skillnaden mellan inskrivningsanteckningar och vårdplaner tydliggjorts, samt hur dessa dokument samverkar och utgör grunden för fortsatt patientsäker vård. I utbildningarna har även vikten av individuellt anpassad dokumentation betonats, där information ska vara aktuell och relevant för patienten och inte kopieras rakt av. Detta bedöms ha bidragit till ökad kunskap och förbättrade förutsättningar för ett mer strukturerat och patientsäkert arbetssätt och det är något vi kontinuerligt kommer jobba vidare med.

En särskilt intressant iakttagelse under året var att allt fler sjuksköterskor på eget initiativ började upprätta vårdplaner för nyinskrivna patienter, trots att detta inte ingick som ett uttalat mål i kvalitetsarbetet. Detta tyder på en ökad medvetenhet om vikten av struktur och planering i vården. Vidare noterades att kvaliteten på inskrivningsanteckningarna förbättrades jämfört med tidigare år, både vad gäller innehåll och tydlighet. Detta bedöms vara en positiv effekt av kvalitetsarbetet och de utbildningsinsatser som genomförts under året.

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.