

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Demens

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Tensta Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Christine Fransson
Verksamhetschef Feryal Messö	Verksamhetschefens e-post feryal.messo@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Caroline Hultmar	Kontaktpersonens e-post caroline.hultmar@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 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: Jenny Gustafsson
Profession: Enhetschef
E-post: jenny.c.gustafsson@regionstockholm.se

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: Caroline Hultmar, distriktssköterska.
Samer Saher, ST-läkare.

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

B: En generell lyhördhet till patienternas och anhörigas behov. Även inhämta kunskap om patienters och anhörigas erfarenheter från aktuell forskning och befintliga data.

Exempel på relevanta publicerade artiklar i ämnet:

Iris Linden, Claire Wolfs, Maud Hevink, Carmen Dirksen, Rudolf Ponds, Marieke Perry, Why to test for dementia: perspectives of patients, significant others and general practitioners, *Age and Ageing*, Volume 53, Issue 1, January 2024, afad251, <https://doi.org/10.1093/ageing/afad251>

Samsi, K., Abley, C., Campbell, S., Keady, J., Manthorpe, J., Robinson, L., Watts, S. and Bond, J. (2014), Negotiating a Labyrinth: experiences of assessment and diagnostic journey in cognitive impairment and dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29: 58-67. <https://doi.org/10.1002/gps.3969>

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.

Tensta VC har en rutin sedan flera år tillbaka gällande utredning och handläggning vid misstänkt demenssjukdom. Trots detta följs inte rutinen till önskad utsträckning.

Både personalen, patienter och anhöriga antyder att de upplever att demensutredningarna ofta drar ut på tiden. Delar av personalgruppen har även uttryckt osäkerhet på både screeninginstrumenten och vilka moment som utredningen ska innehålla.

Tensta är ett område där 89,7% av invånarna har utländsk bakgrund (Stockholms stad, 2022). Detta medför att kontakten med patienter och anhöriga ofta behöver ske med hjälp av tolk. Å ena sidan är personalen på Tensta VC vana vid dessa arbetsförutsättningar. Samtidigt kan denna omständighet även leda till att vissa moment nedprioriteras på grund av tidsbrist och administrativa svårigheter. Ett exempel på detta är genomförandet av anhörigintervjuer. Enligt Socialstyrelsen (2017) är det vid basal demensutredning av högsta prioritet att hälso- och sjukvården erbjuder strukturerade intervjuer med anhöriga till personer med misstänkt demenssjukdom.

Under 2024 var det endast hos 12% av patienterna med demensdiagnos som anhörigintervju genomförts.

I dagsläget har 40st patienter en demensdiagnos, av totalt ca 8300 listade. Omkring hälften av dessa är inskrivna i hemsjukvården med regelbunden sjuksköterske- och läkarkontakt. För de som inte har hemsjukvård finns ingen fungerande rutin för att kalla till demensspecifika uppföljningar.

Vi vill bli bättre på att upptäcka misstänkt demenssjukdom, screena fler och genomföra mer strukturerade och effektiviserade basala utredningar. Allt detta för att tidigare upptäcka eventuell sjukdom så att patienten tidigare kan få den vård och omsorg som behövs.

Vi vill även ta bättre anamneser genom att utföra fler anhörigintervjuer. På det sättet kan vi fånga upp mer av patientens besvär och symtom, både för att sätta korrekt diagnos och kunna erbjuda bättre riktade omvårdnadsinsatser.

Slutligen vill vi även bli bättre på regelbundna uppföljningar av patienter med demenssjukdom genom uppföljande MMSE/RUDAS och hälsosamtal.

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.

Demens

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/>

Formulera här era mål:

Vi vill åstadkomma förbättrad vård vid misstänkt och konstaterad demenssjukdom. Vi vill ge bättre omhändertagande, både till de patienter som genomgår demensutredning och de patienter som lever med en demensdiagnos. Detta genom att fler screenas, utredningsprocessen effektiviseras och förtydligas och genom proaktiva uppföljningar. Vi vill även att både patienter och anhöriga blir mer delaktiga och införstådda i utredningen och vad de kan tänkas förvänta sig av sin vård.

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/>

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: Bristande kunskap om den lokala rutinen

1.1: Se över och aktualisera rutinen kring demens
1.2: Utbilda personalgruppen gällande rutinen
1.3:

2: Bristande kunskap om utredningsprocessen

2.1: Utbilda personalgruppen om utredningsprocessens delar och ordning
2.2: Inför vårdplan till patienten för att enkelt hålla koll på vad som gjorts och inte
2.3: Utse ansvarig vårdkontakt som "driver" utredningsprocessen framåt

3: Osäkerhet och bristande erfarenhet att genomföra screeningverktügen (MMSE, RUDAS, klocktest, anhörigintervju)

3.1: Utbilda personalen om screeningverktügen samt när MMSE vs RUDAS ska användas
3.2: Ge möjlighet att öva på screeningverktügen
3.3:

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 angivit ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-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. Medr-ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Täckningsgrad av genomförd anhörigintervju (någonsin) hos patienter med demens	12%	2025-01-01	50%	Medr-ave	Dec 2025
Indikator 2	Antal patienter som genomgått MMSE	20st	2024-01-01 – 2024-12-13	40st	Medr-ave	2025-01-01 – 2025-12-31
Indikator 3	Antal patienter som genomgått RUDAS	17st	2024-01-01 – 2024-12-13	34st	Medr-ave	2025-01-01 – 2025-12-31

Kommentar (valfritt):

Indikator 1: Information inhämtad via Medrave > Rapporter > Sjukdomar > Demens > Översikt.

Indikator 2: Information inhämtad via Medrave. Skapad rapport (Antal genomföra MMSE 2024) som sparats under Egna patientlistor.

20 Patienter

INSTÄLLNINGAR

Tidsperiod *
2024-01-01 - 2024-12-31

Ålder
Alla åldrar inkluderade.

Demografi
Kön: Bägge kön
Avlidna patienter inte medräknade

Listning & dataurval *
Yrkesgrupp att analysera: Alla
Vårdutförare: 27
Patienter: Alla patienter (listade+ollistade)
VU har registrerat en diagnos
Patientlista: Ingen

Indikator 2

Demens (F00-F03, F107A, G30, G318A)

Översikt

40 Patienter

RAPPORTINSTÄLLNINGAR

Alla Typer av demens

INSTÄLLNINGAR

Tidsperiod *
2024-01-01 - 2024-12-31

Ålder
Alla åldrar inkluderade.

Demografi
Kön: Bägge kön
Avlidna patienter inte medräknade

Listning & dataurval *
Yrkesgrupp att analysera: Alla
Vårdutförare: Alla
Patienter: Alla listade på VC
Data är producerad av enheten
Patientlista: Ingen

ÖVRIGA INSTÄLLNINGAR

Gränsvärden
Välj vilka gränsvärden som ska användas

Indikator 1

Indikator 3:

Information inhämtad via Medrave. Skapad rapport (Antal genomföra RUDAS 2024) som sparats under Egna patientlistor.

17 Patienter

INSTÄLLNINGAR

Tidsperiod *
2024-01-01 - 2024-12-31

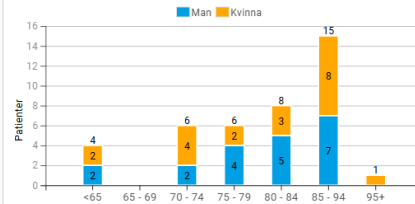
Ålder
Alla åldrar inkluderade.

Demografi
Kön: Bägge kön
Avlidna patienter inte medräknade

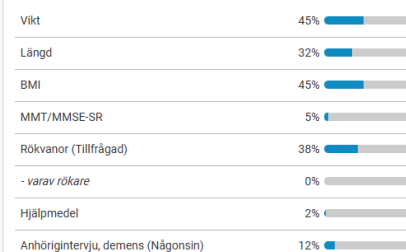
Listning & dataurval *
Yrkesgrupp att analysera: Alla
Vårdutförare: 27
Patienter: Alla patienter (listade+ollistade)
VU har registrerat en diagnos
Patientlista: Ingen

Indikator 3

Patienter med denna diagnos satt inom angiven period



Täckningsgrad


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?

Planera

- Arbetets teammedlemmar ska se över och aktualisera rutinen under Q1 2025.
- Teammedlemmarna ska, så snart rutinen är klar, hålla i utbildningstillfälle för hela personalgruppen gällande
 - rutinens innehåll och funktion
 - den basala demensutredningens olika delar och ordning
 - de olika screeningverktygen samt när MMSE vs RUDAS ska användas
- SSK/DSK/Läkare som initierar demensutredning ska tilldela patienten en fast vårdkontakt, skriva en vårdplan samt informera patienten och anhöriga om utredningsprocessen.

- DSK i teamet ska skapa en väntelista för patienter med demensdiagnos för att kalla till årliga uppföljningar. Även skapa rutin/arbetssätt för att kalla från väntelistan.

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?

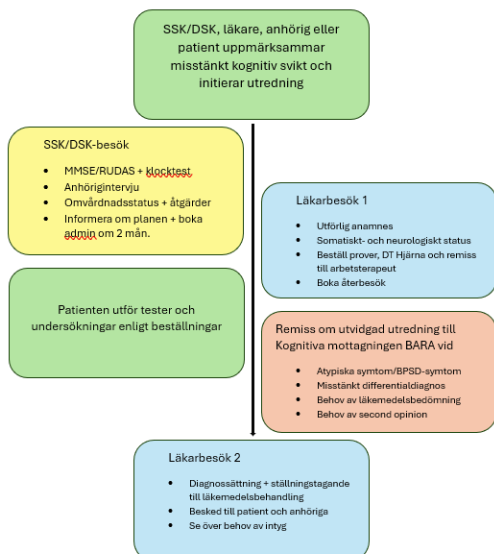
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vid årets och förbättringsarbetets början gjordes en genomgång och revidering av Tensta Vårdcentrals lokala rutin gällande kognitiv svikt. Det resulterade i en kortare och mer lättläslig version med hänvisning till redan existerande generell information om hur utredningar ska genomföras, ex. VISS och Svenskt demenscentrum. Utöver detta konkretiserades rutinen för att förenkla förståelsen hur det praktiskt ska utföras inom den lokala verksamheten. Även ett översiktligt flödesschema skapades (se figur 1 nedan).

Flödesschema

Kognitiv svikt



Tidigt under året genomfördes även ett första utbildningstillfälle för hela personalgruppen med genomgång av rutinen och screeninginstrumenten. Särskild betoning lades på när MMSE respektive RUDAS ska användas, hur anhörigintervjuer bör gå till samt hur viktig den är för korrekt diagnos.

Både i rutinen och vid muntlig presentation poängterades att, utöver läkare, även SSK/DSK kan och uppmantras att initiera screening vid misstanke om kognitiv svikt. Rutinen förtydligar även att SSK/DSK i samband med första besöket ska boka egen administrativ uppföljning för att se att planeringen efterföljs och att utredningen inte stannar upp vid något moment.

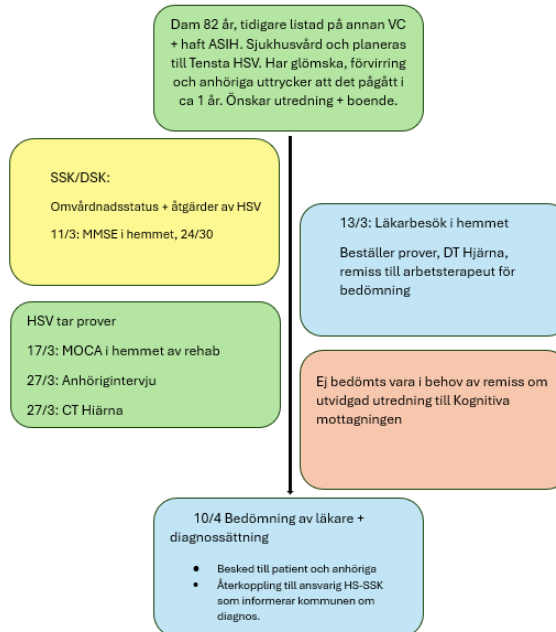
Figur 1

Ytterligare två undervisningstillfällen genomfördes under årets gång. Fokus låg då på att repetera rutinen samt fånga upp frågor och praktiska utmaningar som tillstött under arbetets gång. Även uppdatering om resultaten av indikatorerna och positiva patientfall med väl genomförda presenterades (se figur 2).

Under årets gång har alla SSK/DSK fått genomgång av screeningverktygen samt tillhörande poängsättning och dokumentation. För de som kände sig osäkra erbjöds även medsittning vid MMSE, RUDAS eller anhörigintervju. Några enstaka SSK/DSK tog vara på detta erbjudande, vilket resulterade i ökad kunskap och trygghet.

En väntelista med patienter med demensdiagnos, som inte är inskrivna i hemsjukvården, skapades också. DSK har under året regelbundet kallat från denna för uppföljande hälsosamtal och MMSE/RUDAS.

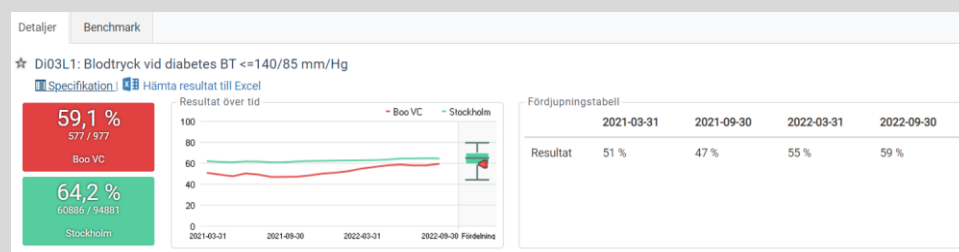
Positivt patientfall



Figur 2

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	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Täckningsgrad av genomförd anhörigintervju (någonsin) hos patienter med demens	12%	2025-01-01	50%	24%	Medrave	2025-12-31
Indikator 2	Antal patienter som genomgått MMSE	20st	2024-01-01 – 2024-12-13	40st	22st	Medrave	2025-01-01 – 2025-12-31
Indikator 3	Antal patienter som genomgått RUDAS	17st	2024-01-01 – 2024-12-13	34st	31st	Medrave	2025-01-01 – 2025-12-31

Övriga kommentarer:

Vid första anblick ser man att målen inte uppnåtts, men är på god väg. Vad gäller indikator 1 så har anhörigintervjuer framför allt gjorts i samband med utredningar. Det betyder att anhörigintervjuer genomförts för många som ännu inte har fått en eventuell diagnos. Troligen kommer alltså den siffran att öka de kommande månaderna. Tittar man i stället på antal anhörigintervjuer så har de ökat från 6st 2024 till 19st 2025, vilket är mycket positivt.

Indikator 2 är det värde med sämst utfall och långt från att nå det högt satta målet. I Tenstas befolkning med 89,7% med utländsk bakgrund är det dock rimligt att screeningverktyget för svenskfödda inte är det som ökat mest. 2024 utfördes, på Tensta VC, 4st MMSE som enligt kriterierna egentligen skulle ha varit RUDAS. Efter försök till ökad kunskap hos personalen gjordes endast 2st MMSE som skulle varit RUDAS år 2025. Förskjutningen till att indikator 3 under 2025 är större än indikator 2 bedöms mycket positiv och är troligen mer representativ för befolkningsområdet.

Gällande målen som sattes i början av arbetet kan man se att vi har utfört fler anhörigintervjuer och blivit något bättre på regelbundna uppföljningar av patienter med demensdiagnos. Vi screenar fler och har strukturerat upp och effektiviserat de basala utredningarna. Huruvida vi generellt blivit "bättre på att upptäcka misstänkt demenssjukdom" är relativt och svårt att svara på. Vi vill tro att vi åtminstone ökat medvetenheten och kunskapen hos personalgruppen och gjort det enklare att utföra utredningar med hjälp av den lokala rutinen.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Förutom att vi har lärt oss mer om demens så har vi även lärt oss att förenklade, konkreta rutiner underlättar följsamheten. Vi har förstått att betydande och bestående förändring tar mycket tid, motivation och upprepning. Det upplevs även som att vi på Tensta VC fått upp ögonen för hur betydelsefullt och viktiga anhörigintervjuer verkligen är. Både för diagnossättning, men även för att tidigt fånga upp risker och kunna ordinera omvårdnadsåtgärder.

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?

I den nederländska studien från 2024 framkom ett tema att patienter som genomgår demensutredning har önskemål och stort behov av individuellt anpassad information (Linden et al., 2024). Därför försökte vi avsätta ordentligt med besökstid vid första besöket hos SSK/DSK. Detta för att säkerställa att tiden inte bara räcker för vårdens agenda, utan även för patienten och anhörigas frågor och farhågor. Detta har upplevts uppskattat av både patienter och anhöriga.

Arbetets fokus på bland annat anhörigintervjuer har också bidragit till patienters delaktighet och involvering. Detta eftersom många med minnesproblematik inte alltid har förmåga att presentera sin anamnes själv. Genom ökat fokus på även anhörigas info om patientens situation, i kombination med ordentlig tid för anamnestagning från patienten, anser vi till viss del ha ökat patienternas delaktighet i sin egen vård.

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.

Eftersom stor del av förbättringen som gjorts har att göra med den nya lokala rutinen så kommer vi fokusera på att fortsätta att arbeta enligt den. För fortsatt motivation och påminnelse för personalgruppen kommer indikatorerna ses över och presenteras igen om ca 6 månader.

Vi kommer fortsatt försöka optimera hur vi arbetar med väntelistan och uppföljningar för patienter med demens. Detta genom att kalla mer regelbundet, med mål på årliga uppföljningar, och att fler i sköterskegruppen får lära sig hålla i den typen av besök.

I övrigt kommer vår interna tvärprofessionella grupp kring äldre/demens delegeras fortsatt ansvar att bedriva förbättringsförslag och fortutbildning inom området.

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.