

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

### del 1 och del 2 TEMA: Lipidbehandling för patienter med hög kardiovaskulär risk.

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Väsby Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Kristina Persson
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	Verksamhetschefens e-post Fahimeh.lamian@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Shahnaz Amin	Kontaktpersonens e-post shahnaz.amin@capio.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](mailto: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: Shahnaz Amin
Profession: ST-läkare Fahimeh Lamian MAL, Nathalie Fredlund Lundroth(SSK), Anita Åstrand(DM-SSK)

**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:

Shahnaz Amin ST-läkare, Fahimeh Lamian Mal, Nathalie Fredlund SSK hypertoni, Anita Åstrand DM\_ssk

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

B:

Vi kommer att gå igenom denna process med Väsby patientråd för att anpassa den till patienternas behov och få en djupare förståelse ur ett patientperspektiv. Dessutom kommer vi att fråga patienter vid besök Hur upplever du att ta statiner? Har du märkt några biverkningar eller andra effekter? Vad är din främsta anledning till att fortsätta eller sluta med statinbehandling?

### **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.**

*Vår erfarenhet visar att många patienter väljer att inte ta statiner, trots att de regelbundet får recept, främst på grund av läkemedlets dåliga rykte. Under ett par månaderna har vi försökt nå patienter med höga LDL-värden och ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Vi har märkt att många av dem är ovilliga att öka sina doser eller ens hämta ut sina mediciner.*

*För att förbättra processen och behandlingsföljsamheten vill vi involvera hela vårteamet. Genom att ge patienterna enhetlig och tydlig information från flera olika professioner inom vården kan vi öka deras förståelse för behandlingen och dess syfte. Vårt mål är att stärka patienternas kunskap och motivation, vilket i sin tur kan leda till bättre följsamhet och förbättrad hälsa*

*Enligt PrimärvårdsKvalitet (PvK) och Medrave M4 framgår det tydligt att endast 12 % av patienter med mycket hög kardiovaskulär risk har en LDL-nivå under 1,4 mmol/l, vilket motsvarar genomsnittet för Capios verksamheter.*

*På Capio Väsby vårdcentral behandlas en lägre andel patienter med blodfettssänkande mediciner (73,1 %) jämfört med genomsnittet i Region Stockholm (75,7 %).*

*Samtidigt ser vi att endast 58 % av våra patienter med kronisk hjärtsjukdom har lämnat LDL-prov, (M4) 2024 vilket vi vill öka till 65 %. Bland dessa patienter har 43 % en diabetesdiagnos, och 59 % av dessa behandlas med lipidsänkande medicinering.*

**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.

Lipidbehandling för pat med hög kardiovaskulär risk.

**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:**

För att öka andelen patienter som får blodfettssänkande behandling behöver blodfetter mätas i större utsträckning, inklusive LDL-kolesterol. Vi föreslår att kardiovaskulär risk bedöms hos patienter med diabetes och andra hjärt-kärlsjukdomar utifrån ALMA rekommendationer och att detta journalförs i TakeCare under "Målvärde LDL".

Målvärden för LDL-kolesterol sätts beroende på risknivå:

Mycket hög risk: LDL <1,4 mmol/l.

Hög risk: LDL <1,8 mmol/l.

Måttlig risk: LDL <2,6 mmol/l.

Behandlingsstrategin innefattar i första hand atorvastatin, och vid biverkningar rosuvastatin. Simvastatin bör undvikas vid nyinsättning. Vid otillräcklig effekt kan ezetimib läggas till.

Riskbedömning görs enligt Scores riskmotor och även via ALMA, där behandlingen intensifieras beroende på den beräknade risken för kardiovaskulär sjukdom. Livsstilsförändringar rekommenderas som en grundläggande åtgärd, med farmakologisk behandling vid behov för att uppnå målvärdena.

**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: 1. Oro för biverkningar*

- Patienter kan ha haft negativa erfarenheter av blodfettssänkande behandling, exempelvis muskelvärk.

1.1: Det är viktigt att prata med patienten om möjliga biverkningar och genomföra uppföljningar vid insättning.

1:2: genom tydlig patientinformation, exempelvis via JanusInfo eller Medibas.

1:3: Förklara vikten av följsamhet och hantera oro kring interaktioner

<p><i>2: Läkare och vårdpersonalens inställning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Läkare kan underskatta riskerna, antingen på grund av bristande kunskap eller personliga åsikter om behandlingen.</li> <li>Övrig vårdpersonal kan påverka patientens beslut att avstå från medicinering.</li> </ul>	<p>2.1: Återkommande samtal och utbildning för läkare, diabetessköterskor och annan personal är viktigt. Redan har vi haft 3 besök från APC( DM)jan 2025 Hjärtkärlsjukdomar nov 2024och kloka-lista)</p> <p>2:2 Personalgrupper ska regelbundet diskutera vikten av behandling och hur man kan motivera patienter.</p> <p>2:3Läkare får personlig statistik över sin förskrivning för att öka medvetenheten.</p>					
<p><i>3: Vikten av blodfettsmätning för helhetsbilden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utan blodfettsmätning saknas en helhetsbild för korrekt riskbedömning, vilket kan leda till att frågan prioriteras ned i möten.</li> </ul>	<p>3.1Diabetessköterskor, hjärt-kärlsjuksköterskor och övriga sjuksköterskor får beställa blodfetter.</p> <p>3.2Detta ska vara ett återkommande ämne vid kvalitetsronder, där läkare påminns om att fylla i målvärde LDL samt uppmuntras till provtagning och behandling.</p>					
<p><b>Mått och mätetal (indikatorer)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?</li> <li>Hur kan det mätas?</li> <li>Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?</li> </ul> <p><b>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.</b></p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p>						
<p>Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck &lt;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.)</p> <p>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. <b>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.</b></p>						
<p><b>Indikator 1</b></p>	<p><b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka</p> <p>Antal patienter med Mycket hög kardiovaskulär risk och</p>	<p><b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)</p> <p>12%</p>	<p><b>Datum/period för startläge</b></p> <p>202412-31</p>	<p><b>Mål</b> (% eller antal)</p> <p>15%</p>	<p><b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)</p> <p>Medrave Capiro</p>	<p><b>Datum för att uppnå målvärdet</b></p> <p>T.ex. dec 2025, ska vara i</p>

	ett LDL-värde under 1,4 senaste 18 mån.					slutet av året
<b>Indikator 2</b>	<i>Kro3: Andel patienter med kranskärlssjukdom som behandlas med statiner</i>	73,1%	202401-31	77%	PVK	<i>T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med Diagnosen kranskärlsjukdomar I120-I125 som har lämnat LDL under 2024</i>	58%	20241231	65%	Medr ave	<i>T.ex. dec 2025</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel av patinter som har lipidsänkare</i>	59%	20241231	65%	Medr ave	<i>T.ex. dec 2025</i>
<b>Indikator 5</b>						<i>T.ex. dec 2025</i>

**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?

planera:

Ansvariga enligt ovan (S+N+A) tar upp ämnet blodfettsbehandling vid rond( mellan läkare samt ssk)lärande -möten interprofessionellt möte eller APT månadsvis.

S, N och vid behov VCF/MAL levererar personlig statistik för varje enskild förskrivare från 2024 och därefter var tredje månad i april, augusti, oktober och december.

Göra:

Sjuksköterskor samt läkarna ska beställa blodfettsprover. Läkare ska dokumentera LDL-målvärdet vid patientbesök.

Diabetessköterskor och hjärt-kärlsjuksköterskor återkopplar till läkare om LDL-värdet saknas i provtagning. Alla informeras regelbundet vid APT-möten.

VCF/MAL får i uppdrag att informera all personal i veckobrevet., Statistik följs upp fyra gånger per år.

Agera: Åtgärder vidtas utifrån målvärdet

**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](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)**

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

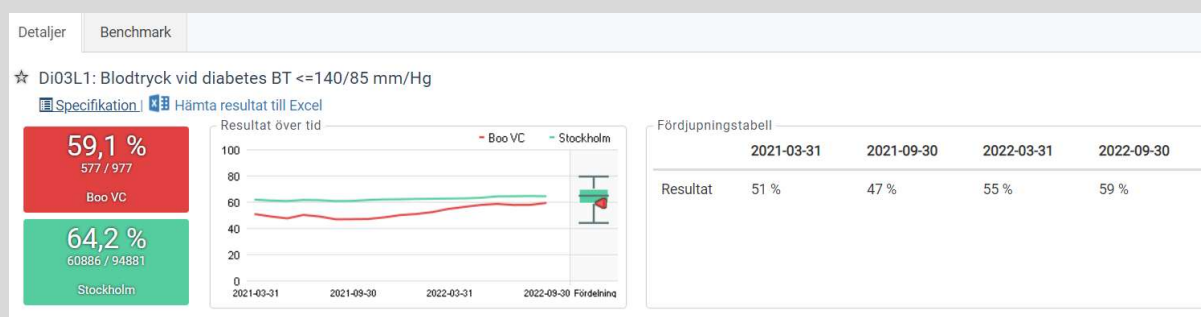
**Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

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

- **Regelbunden kommunikation**  
Vi har infört regelbundna möten mellan läkare och sjuksköterskor där alla riskfaktorer systematiskt går igenom. Detta har lett till bättre samordning kring patienternas behandlingsmål.
- **Genomgång av Statistik**  
Behandlingsresultat presenteras och diskuteras varannan månad för både medicinsk och omvårdnadspersonal, vilket skapat ökad delaktighet och insyn. Och även oftare via veckobrevet. ( månadvis)
- **Utbildning och kunskapsstöd**  
Vi använder nationella kunskapsstöd som Janus och Viss samt har genomfört utbildningsinsatser via APC för att stärka personalens kunskap om lipidsänkande behandling.
- **Dokumentation av behandlingsmål**  
Vi har journalfört att behandlingsmål alltid dokumenteras i journalen, så att både patienter och personal kan följa och förstå målinriktningen.
- **Direkt patientkontakt**  
En läkare har avsatt tid två timmar per vecka för att kontakta patienter via telefon och ge tydlig information om vinsten med behandling. Detta har ökat behandlingsföljsamheten.
- **Provtagning inför besök**  
Sjuksköterskor ansvarar för att patienter lämnar prover före besök för att kunna ge tydlig återkoppling på behandlingsmålet, även om vi sett att detta ibland missas.
- **Utmaningar och lärdomar**  
De främsta utmaningarna har varit att informera om läkemedelsbiverkningar, särskilt eftersom många patienter inte märker konkreta förbättringar direkt. Informationsinsatser kring långsiktig nytta har varit avgörande. Vi har också märkt att glömd provtagning kan påverka uppföljningen.

## 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:**



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Antal patienter med Mycket hög kardiovaskulär risk och ett LDL-värde under 1,4 senaste 18 mån.	12%	20241231	15%	18%	Medrave Capio	202512-31
<b>Indikator 2</b>	<i>Krog3: Andel patienter med kranskärlssjukdom som behandlas med statiner</i>	73,1%	202412-31	77%	77%	PVK	20251231
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med Diagnosen kranskärlsjukdomar I120-I125 som har lämnat LDL under 2024</i>	58%	20241231	65%	65%	Medrave	.dec2025-12-31
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel av patienter som har lipidsänkare</i>	59%	20241231	65%	64%	Medrave	2025-12-31
<b>Indikator 5</b>							T.ex. dec 2025

**Övriga kommentarer:**

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det här är ett utmanande område, eftersom patienternas motivation ofta är låg och resultaten inte alltid blir synliga direkt. Att arbeta med motivation har varit svårt, men vi har märkt att tydlig information och gemensamma riktlinjer verkligen gör skillnad.

Genom att använda samma språk när vi möter patienterna har vi skapat en större trygghet och förståelse.

Vi har också lärt oss att det är viktigt att själva ha god kännedom om våra mål och att arbeta tillsammans mot dessa. När vi är gemensamt engagerade når vi bättre resultat, vilket har varit både inspirerande och bekräftande.

Och även att journalföra målet gör det synligt för patienten, vilket skapar en tydligare struktur och underlättar både uppföljning och motivation

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 erfarenheter och kunskap har varit en viktig del av vårt förbättringsarbete. Genom samtal vid mottagningsbesök och telefonsamtal har vi lyssnat in deras upplevelser av riskfaktorer och motivation kring lipidsänkande behandling. Vi har tillämpat konsultationsmetodikerna med fokus på patientens oro(biverkning), tankar( nytta) och önskemål (uppnå målet), och använt delat beslutsfattande för att stärka engagemanget.

Vi har strävat efter att öka patienternas delaktighet genom att uppmuntra dem att uttrycka sina mål och förväntningar. Genom att dokumentera dessa mål i journalen har vi gjort dem mer synliga och tydliga för både patient och vårdpersonal, vilket har underlättat uppföljning och ökat motivationen.

Inledningsvis mötte vi visst motstånd, men genom ökad information, struktur och dialog har vi sett en tydlig förbättring av behandlingsföljsamheten och engagemanget hos patienterna.

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.

Ämnet tas upp regelbundet både på läkarmottagningen och vid våra QPI-möten. Det betyder att satsningen fortsätter under 2026. Genom dessa forum följer vi upp arbetet och stärker både patienternas delaktighet och behandlingsföljsamheten.

Vi vill behålla de positiva förändringarna genom fortsatt samarbete mellan läkare, sjuksköterskor och patienter. Vi erbjuder regelbundna uppföljningssamtal och tydlig information för att öka patienternas engagemang och följsamhet till behandling. Konsultationsmetodikerna och delat beslutsfattande kommer att vara en del av vår metod. Vi fortsätter också att dokumentera behandlingsmål i patientjournalen.

Om vi ser att målen inte uppnås, kommer vi utvärdera och anpassa insatserna utifrån patientens behov. Målet är att skapa en långsiktigt hållbar förbättring för patienterna och minska framtida komplikationer.

**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](mailto: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.