

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Uppföljning av blodtryck och rökvanor hos patienter med tidigare TIA eller stroke

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Nynäshamn	Namn på er Informationsapotekare Katrina Dee
Verksamhetschef Daniel Cabelduc	Verksamhetschefens e-post daniel.cabelduc@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Katja Raetz Camilla Jerving	Kontaktpersonens e-post katja.raetz@capio.se camilla.jerving@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

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: Camilla Jerving & Katja Raetz
Profession: Leg. sjuksköterska & distriktssköterska

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:

Camilla Jervinger, sjuksköterska
Katja Raetz, distriktssköterska
Renwar Dilanson, specialistläkare i allmänmedicin

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

B:

- Ge information om kvalitetsarbete vid mottagningsbesök, där patienter får möjlighet att uttrycka sina synpunkter.
- Informationsbrev om förbättringsarbetet hängs upp i alla väntrum på VC

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.

Vid granskning i MedRave/ PrimärvårdsKvalitet ser vi att vi har förbättringspotential när det gäller uppföljning av patienten med TIA eller stroke. Andelen patienter med TIA/stroke med blodtryck 140/90 mmHg eller mindre ligger strax under snittet för Region Stockholm. Vi ser också att vi ligger under medel vid återbesök hos legitimerad personal.

Att identifiera och behandla personer med hypertoni listas som en viktig åtgärd för sekundärprevention efter TIA eller stroke enligt vårdprogrammet för stroke (VISS.nu). Enligt Janusinfo (Evidens) rekommenderas målvärden 120–129/70–80 för personer upp till 65 år och 130–139/70–80 för personer över 65 år. Blodtrycksbehandling minskar återinsjuknandet i stroke och andra hjärt--kärl--händelser oavsett utgångsblodtryck.

Vi vill förbättra uppföljningen av denna patientgrupp genom att erbjuda fler patienter uppföljande återbesök samt optimera blodtrycket hos patienter med TIA/stroke.

En del inom sekundärpreventionen efter stroke är livstilsåtgärder, till exempel rökstopp. Vi ser i MedRave att en stor andel av patienter med TIA eller stroke inte blivit tillfrågade om rökvanor. Av 225 listade patienter med TIA/stroke 2024 finns det dokumenterade rökvanor på 123 patienter vilket är enbart strax över hälften. Därför planerar vi att också ha fokus på rökvanor vid planerade återbesök.

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.

Uppföljning av blodtryck och rökvanor hos patienter med tidigare TIA eller stroke

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/>

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

Formulera här era mål:

Vårt övergripande mål är att förbättra uppföljningen hos patienter med tidigare TIA eller stroke och öka följsamheten till vårdprogrammen för stroke och hypertoni enligt VISS för att minska risken för återinsjuknandet eller andra komplikationer.

Ett delmål är att ökar andelen patienter som får ett återbesök till legitimerad personal inom minst 18 månader.

Ett vidare delmål är att optimera blodtrycket så att en större andel av dessa patienter når målblodtryck.

Ett tredje delmål är att uppmärksamma och dokumenterar rökvanor hos dessa patienter vilket är en förutsättning för att kunna erbjuda stöd.

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

1: Hög andel äldre listade patienter där man tidigare har accepterat högre blodtrycksvärden

2: Patienter med hypertoni är en stor grupp, på VC finns det cirka 2500 listade patienter med denna diagnos

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: Genomgång av nya riktlinjer för behandling av hypertoni med all personal
1.2: Färre hyrläkare för att förbättra kontinuiteten
1.3: Externa föreläsare?

2.1: Större fokus på patienter med hypertoni och samsjuklighet
2.2: Fler patienter med hypertoni följs upp av sjuksköterskor istället för läkare

	2.3:																																										
3: En orsak för den låga andelen patienter med uppmärksammat rökstatus kan vara att det är missas på besök men också feldokumenteras	3.1: Genomgång dokumentation av rökvanor 3.2: 3.3:																																										
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål? • Hur kan det mätas? • Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal? <p>Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktogs-lada-forbattningstrappa/</p> <p>Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier 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. 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.</p>																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka</th> <th>Nuläge = Startläge (% eller antal)</th> <th>Datum /period för startläge</th> <th>Mål (% eller antal)</th> <th>Källa (t.ex. Medrave)</th> <th>Datum för att uppnå målvärdet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indikator 1</td> <td><i>Andel patienter med blodtryck =<140/90</i></td> <td>61%</td> <td>241231</td> <td>80%</td> <td>Medrave / PrimärvårdsKvalitet</td> <td>251231</td> </tr> <tr> <td>Indikator 2</td> <td><i>Andel patienter med TIA/stroke som varit på återbesök hos legitimerad personal inom 18mån</i></td> <td>54%</td> <td>241231</td> <td>80%</td> <td>Medrave / PrimärvårdsKvalitet</td> <td>251231</td> </tr> <tr> <td>Indikator 3</td> <td><i>Andel patienter som tillfrågas om sina rökvanor</i></td> <td>54 %</td> <td>241231</td> <td>80%</td> <td>Medrave /Sjukdo mar</td> <td>251231</td> </tr> <tr> <td>Indikator 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indikator 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet	Indikator 1	<i>Andel patienter med blodtryck =<140/90</i>	61%	241231	80%	Medrave / PrimärvårdsKvalitet	251231	Indikator 2	<i>Andel patienter med TIA/stroke som varit på återbesök hos legitimerad personal inom 18mån</i>	54%	241231	80%	Medrave / PrimärvårdsKvalitet	251231	Indikator 3	<i>Andel patienter som tillfrågas om sina rökvanor</i>	54 %	241231	80%	Medrave /Sjukdo mar	251231	Indikator 4							Indikator 5						
	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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet																																					
Indikator 1	<i>Andel patienter med blodtryck =<140/90</i>	61%	241231	80%	Medrave / PrimärvårdsKvalitet	251231																																					
Indikator 2	<i>Andel patienter med TIA/stroke som varit på återbesök hos legitimerad personal inom 18mån</i>	54%	241231	80%	Medrave / PrimärvårdsKvalitet	251231																																					
Indikator 3	<i>Andel patienter som tillfrågas om sina rökvanor</i>	54 %	241231	80%	Medrave /Sjukdo mar	251231																																					
Indikator 4																																											
Indikator 5																																											
<p>Kommentar (valfritt):</p> <p><i>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.</i></p>																																											

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?

Vi skapar ett informationsbrev omförbättringsarbete till patienter att hänga upp i väntrummen.

Genomgång av vårdprogrammen stroke och hypertoni på QPI-rond mars 2025 för läkare och sjuksköterskor/distriktssköterskor på vårdcentralen.

Vi kallar patienten till sjuksköterskeledd hypertoniomtagning utifrån listor från Medrave/PrimärvårdsKvalitet. Vi börjar med patienterna som enligt PrimärvårdsKvalitet inte uppnår målvärden samt prioriterar utifrån ålder, dvs. de yngsta kallas först.

På dessa besök görs blodtryckskontroll, livsstilsåtgärder samt genomgång medicinering inklusive eventuella biverkningar. Inför besöken ska patienten lämna prover samt uppmanas att göra hembloodtrycksmätning vilket ska stå i kallelsen.

Patienter som inte uppnå målblodtrycket vid besök sätts upp på rond med läkare för vidare åtgärd.

Efter ett par veckor har vi ett sjuksköterskemöte för uppföljning och reflektion kring hur dessa mottagningsbesök fungerar och om det behöver ändras något i hanteringen.

Tanken är att skapa ett flöde för patienter med TIA/stroke som riktlinje för när patienter ska följas upp av läkare respektive när det kan fortsätta följas via hypertoniomtagningen.

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.slso@regionstockholm.se

(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

Inför den egentliga starten av förbättringsarbetet gick vi igenom vårdprogrammet TIA/stroke (VISS), med fokus på delarna om sekundärprevention efter ischemisk stroke och TIA samt uppföljning i läkar- och dsk/ssk-gruppen

Vi började med att ta fram listor från Medrave från patienter från indikatorn: T/S04L1: Blodtryck vid TIA, ischemisk stroke och/eller intracerebral blödning $\leq 140/90$ mmHg. Vi tog fram patientlista från alla dem som inte uppfyllde kriterierna, dvs antingen hade för högt blodtryck eller saknade dokumenterat blodtryck från senaste 18 månaderna. Den första listan vi tog fram 2025-02-28 innehöll 181 namn, varav en som var under 18 år som ej kallades. Vi började kalla i turordningen enligt stigande ålder. Patienter som redan hade en kommande tid för årskontroll till läkare/DSK/SSK kallades inte separat, dock la vi till i bokningskommentar att också ta upp TIA/stroke i besöket.

Övriga patienter kallades till dsk/ssk-mottagning. Under besöken samtalades om levnadsvanor, framförallt rökning, genomgång av medicinering och blodtryckskontroll.

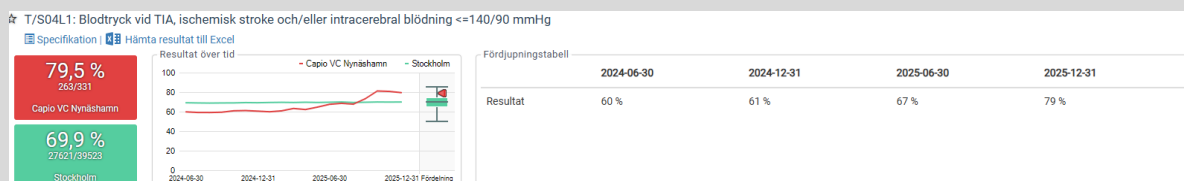
Initialt använde vi ett allmänt kallelsebrev. Efter några besök märkte vi att vi behöver vara tydligare för patienterna vad besöken gäller. Därför skapades ett separat kallelsebrev där det framgår för patienten att mottagningsbesöket gäller uppföljning efter TIA/stroke.

Patienten som inte uppfyllde målvärde för blodtryck planerades i första hand för uppföljning genom hembloodtrycksmätning. Om blodtrycket då fortfarande låg för högt sattes patienten upp på "sambedomning" med läkare, vilket innebär en slags rond utan att patienten är med, där läkaren avgjorde om åtgärd såsom läkemedelsjustering.

Inga besök gjordes under sommaren. Efter semesterperioden tog vi fram nya listor igen, då hade antalet patienter som inte uppfyllde kriterierna sjunkit till 108 (2025-09-01). Dessa patienter fortsatte vi att kalla till ssk-mottagningen för uppföljning under hösten.

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	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
--	---------------------------	----------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------------

	med DM med HbA1c över 70 mmol/mol						
Indikator 1	Andel patienter med blodtryck =<140/90	61%	241231	80%	79,5	Medrave/PrimärvårdsKvalitet	251231
Indikator 2	Andel patienter med TIA/stroke som varit på återbesök hos legitimerad personal inom 18 mån	54%	241231	80%	78%	Medrave/PrimärvårdsKvalitet	251231
Indikator 3	Andel patienter som tillfrågas om sina rökvanor	54%	241231	80%	76%	Medrave/Sjukdomar	251231
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Vi kan notera att andelen patienter med tidigare TIA/stroke på vårdcentralen har ökat något vilket sannolikt bero på att man i större utsträckning har uppmärksammat denna patientgrupp även i andra patientmöten såsom allmänna årskontroller. Andelen ligger nu på 2,7 % vilket kan jämföras med 1,6 % i Region Stockholm.

Vi kan också notera att andelen patienter som har dokumenterade rökvanor har klart förbättrats även om målet inte helt uppnåddes. Jämfört med 2024 har andelen aktiva rökare ökat från 8 till 10 procent. Med tanke på att rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för stroke är det bra att fler rökare uppmärksammas för att kunna erbjuda hjälp med rökstopp.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har fördjupat oss i vårdprogrammet för uppföljning i primärvården efter stroke enligt VISS.nu. Trots att vi sedan tidigare har en relativ hög andel av denna patientgrupp bland våra listade patienter har detta inte varit i fokus tidigare.

Vi har lärt oss att det är viktigt att uppmärksamma förekomsten av tidigare stroke eller TIA i samtal med patienten. En del patienter är väl medvetna om det och eventuella riskfaktorer. Andra, särskild

de som har haft en TIA eller en stroke utan bestående men, är knappt medveten om det, synnerhet när händelsen inträffade för flera år sedan.

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?

Vi noterade initialt att inte alla patienter var medveten om att de tidigare har haft en TIA eller stroke, eller att de inte riktigt förstod varför det var viktigt med en kontroll. Detta gällde i synnerhet patienter med få eller inga symtom, och som saknade aktuell blodtrycksbehandling.

En viktig åtgärd var att vi skapade kallelsebrev där det framgick att besöket gäller uppföljning TIA/stroke för att öka patienternas förståelse och för att de kan förbereda sig inför besöket. Att informera patienter om riskerna efter en TIA/stroke, hur patienterna själv kan påverka riskfaktorer och vikten av välinställt blodtryck var en väsentlig del av besöken.

Vi beställde aktuella patientbroschyrer från Hjärtlungfonden med information om stroke för att kunna ge ut till patienterna som vill läsa på mer.

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 har sedan tidigare varit igång att upprätta ett strukturerat arbetssätt för uppföljning av patienter med essentiell hypertoni utan samsjuklighet till sjuksköterskeledd hypertoniomtagning. I och med förbättringsarbetet noterade vi att många av patienterna med TIA/stroke faller under denna patientgrupp. Vi har nu efter avslutat förbättringsarbetet diskuterat att även patienter med TIA/stroke utan vidare samsjuklighet utöver hypertoni ska följas upp via samma väntelista och kallas till hypertoniomtagning framöver för uppföljning.

Även om vi inte nådde helt fram i målet när det gäller att uppmärksamma rökvanor bland patienterna ser vi stora framsteg. Det är fortsatt viktigt att vi fortsätter samtala om levnadsvanor/riskfaktorer med patienterna och vilket de sjuksköterskeledda mottagningarna bidrar med i stor utsträckning.

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.