

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Vikten av att Identifiera Patienter med Risk för Hjärtsvikt för att Förebygga Allvarliga Kardiovaskulära Sjukdomar

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningsnamn Näsby Park husläkarmottagning	Namn på er Informationsapotekare Lena Isaac
Verksamhetschef Mitra Liaghat	Verksamhetschefens e-post mitra.liaghat@primavard.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Maria Palmberg distriktsläkare Mitra Liaghat Verksamhetschef	Kontaktpersonens e-post maria.palmberg@primavard.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 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: Maria Palmberg
Profession: Specialist i allmänmedicin

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: Maria Palmberg specialist i allmänmedicin
Bahareh Banki undersköterska.
Nathalia Kuplenik Sjuksköterska

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

Vi har nyligen etablerat en hypertoniavdelning på Näsby Park HLM, där vårt team består av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Syftet med mottagningen är att erbjuda en strukturerad och kvalitetssäkrad uppföljning av patienter med hypertoni, med särskilt fokus på tidig identifiering av potentiella komplikationer såsom hjärtsvikt.

Vid mottagningsbesöket genomförs en systematisk kartläggning av patientens symtom och riskfaktorer. Patienterna tillfrågas specifikt om tecken på hjärtsvikt, inklusive dyspné, bensvullnad, försämrad kondition, trötthet, oförklarlig viktuppgång och hosta. Om en patient uppvisar minst två av dessa symtom erbjuds en läkartid för vidare utredning och bedömning.

För att stärka patientens kunskap och delaktighet i sin egen vård tillhandahåller vi informationsbroschyrer om hypertoni och hjärtsvikt. Vi har även utformat en checklista för hjärtsviktpatienter, vilket säkerställer en enhetlig och evidensbaserad handläggning inom mottagningen.

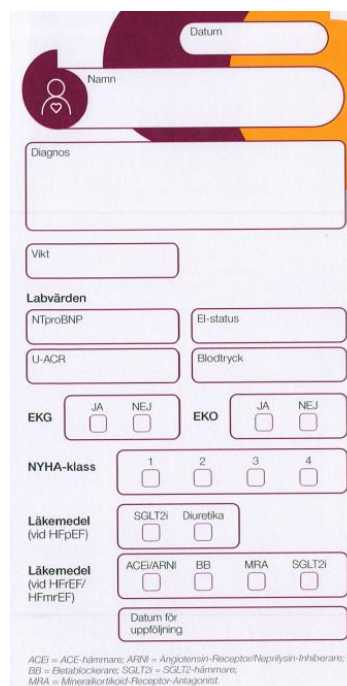
Genom detta arbetssätt strävar vi efter att förbättra tidig diagnostik, optimera behandlingen och minska risken för komplikationer hos våra patienter.



Checklista patient Hjärtsvikt
för hälso- och sjukvårdspersonal

NYHA-klasser
(New York Heart Association)

NYHA klass I (inga symtom)	Du har inga symtom och kan utföra dagliga aktiviteter utan att känna trötthet eller andnöd.	
NYHA klass II (lindriga symtom)	Du mår bra när du vilar, men måttlig aktivitet får dig att känna trötthet eller andnöd.	
NYHA klass III (måttliga symtom)	Du mår bra när du vilar, men även begränsad fysisk aktivitet får dig att känna trötthet eller andnöd.	
NYHA klass IV (allvarliga symtom)	Du kan inte utföra någon fysisk aktivitet utan obehag och upplever vissa symtom vid vila.	



Datum: _____

Namn: _____

Diagnos: _____

Vikt: _____

Labvärden

NTproBNP: _____ EI-status: _____

U-ACR: _____ Blodtryck: _____

EKG: JA NEJ EKO: JA NEJ

NYHA-klass: 1 2 3 4

Läkemedel (vid HFpEF)


SGLT2i Diuretika

Läkemedel (vid HFREF/HFmrEF)

ACE/ARNI BB MRA SGLT2i

Datum för uppföljning: _____

ACE = ACE-hämmare; ARNI = Angiotensin-Receptor/Neprilysin-Inhiberare; BB = Beta-blockerare; SGLT2i = SGLT2-hämmare; MRA = Mineralokortikoid-Receptor-Antagonist.



Checklista hjärtsvikt (HFpEF och HFrEF/HFmrEF)

Vårdcentral

Antal listade patienter på VC

Datum uppstart

Datum avslutning

Hjärtsvikt, antal patienter (n)	Uppstart	Målsättning	Avslutning
HFrEF/HFmrEF (I50.1A/ I50.1B)			
HFpEF (I50.1C)			
HF UNS (I50.9)			

Antal av patienterna där följande prov/åtgärd utförts (n)	Uppstart	Målsättning	Avslutning
NTproBNP			
EKG			
EKO			
Specialistbedömning (kardiolog)			
NYHA-klassificering			
HFpEF: Läkemedelsbehandling SGLT2i + diuretika	%	%	%
HFrEF/HFmrEF: Läkemedelsbehandling ACEI/ARNi + BB + MRA + SGLT2i	%	%	%

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.

Hjärtsvikt, även kallad hjärtsviktssyndrom är ett kliniskt tillstånd där hjärtat inte förmår upprätthålla tillräcklig blodcirkulation för att möta kroppens metaboliska behov. Vilket ger till en rad fysiologiska och kliniska symtom såsom andfåddhet och trötthet perifer ödem. Hjärtsvikt kan uppstå som följd av olika kardiovaskulära sjukdomar såsom ischemisk hjärtsjukdom hypertoni kardiomyopati eller klaffsjukdom. Hjärtsvikt delas i två olika typer: systolisk hjärtsvikt (nedsatt ejektionsfraktion) och diastolisk hjärtsvikt nedsatt fyllning av hjärtat.

Hjärtsvikt är ett vanligt sjukdomstillstånd som leder till ökad morbiditet och mortalitet globalt. I Stockholm är prevalensen av kronisk hjärtsvikt betydligt lägre än den genomsnittliga europeiska siffran, med en uppskattad prevalens på **1,1 %** av befolkningen. Detta talar för att Stockholm kan ha en relativt god tillgång till förebyggande åtgärder och effektiv behandling, vilket eventuellt minskar risken för att utveckla hjärtsvikt. Dock, precis som i andra delar av världen, ökar prevalensen kraftigt med åldern.

Vi vill fortsätta att utveckla vår hantering av dessa patienter för att optimera behandlingen och höja deras livskvalitet. Det bör finnas en fortsatt förbättringspotential gällande både diagnostisering av hjärtsvikt och vården av patienter med hjärtsvikt på Näsby Park Husläkarmottagning.

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.

Vikten av att Identifiera Patienter med Risk för Hjärtsvikt för att Förebygga Allvarliga Kardiovaskulära sjukdomar

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:

1. **Optimerad symtomkontroll** – Systematisk identifiering och hantering av hypertoni och relaterade symtom för att förbättra patientens hälsostatus.
2. **Individanpassad och evidensbaserad behandling** – Säkerställande av att varje patient får rätt behandling utifrån aktuella riktlinjer och medicinska behov.
3. **Strukturerad och kontinuerlig uppföljning** – Regelbunden utvärdering av behandlingseffekt och justering av insatser för att optimera vårdresultaten.
4. **Reducerad sjukhusinläggning** – Tidig upptäckt och förebyggande åtgärder minskar risken för akuta försämringar och behov av slutenvård.
5. **Förbättrad livskvalitet** – Ökad patientdelaktighet och effektiv behandling leder till en mer stabil hälsosituation och bättre livskvalitet.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)	Idéer till lösningar (För att nå målen)
<p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/</p>	<p>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/</p>
<p>1: En orsak till lägre prevalens än Stockholm i stort kan vara att en del av våra patienter har diagnosen hjärtsvikt satt i specialistvården men att den inte har kommit med i diagnossättningen här på vårdcentralen.</p>	<p>1.1: Vi vill öka medvetenheten ytterligare hos våra kollegor kring adekvat diagnossättning och varför det är viktigt 1.2:</p>
<p>2: Bristande uppföljning och kontinuitet På Näsbyark HLM: Om det inte finns en tydlig uppföljning efter att patienten har diagnostiserats med hjärtsvikt, kan behandling och livsstilsförändringar inte implementeras effektivt. Det kan också vara svårt att hålla patienter engagerade i sin egenvård utan adekvat uppföljning.</p>	<p>2.1: Regelbundet uppföljning av hjärtsviktpatienter och utvärdering av behandling årligen eller vid behov 2.2: Nyligen har vi startat en Hypertoni- och livsstilsutvärdering där vi kan erbjuda motiverande samtal till patienter och hjälpa dem att förstå hur de själva kan påverka och minska hjärtsviktsymptom</p>
<p>3: Svårigheter att anpassa behandling: Hjärtsvikt är en dynamisk sjukdom, och behandlingen måste anpassas regelbundet baserat på patientens tillstånd. Om uppföljning inte sker tillräckligt ofta eller om det inte finns system för att anpassa behandlingar kan det leda till suboptimal vård</p>	<p>3.1: Övervakning av symptom och läkemedelsdosering: Eftersom hjärtsvikt kan förändras över tid är det avgörande att följa patienten regelbundet. Övervaka symptom som andfåddhet, trötthet och ödem, och justera doser av läkemedel som ACE-hämmare, betablockerare och diuretiska vid behov. 3.2: Stegvis och individuell dosökning: Eftersom det finns olika läkemedelsalternativ för behandling av hjärtsvikt, bör dosering av läkemedel som ACE-hämmare, beta-blockerare anpassas stegvis för att hitta den effektiva dosen för varje patient. Det är viktigt att monitorera för biverkningar och justera behandlingen utifrån detta. 3.3: Sekundärpreventiv behandling: Hos vissa patienter kan tillägg av läkemedel som SGLT-2-hämmare eller ARNI (Angiotensin Receptor-Nepriylisin Inhibitor) vara indicerat för att ytterligare optimera behandlingen. Uppdatering av behandlingsriktlinjer bör följas för att ge patienterna den bästa möjliga vården.</p>
<p>Vi 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>	

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 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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Förekomst av diagnos hjärtsvikt	1%(69)	2025-01-29	1,1% (72)	Medrave	2025-12-15
Indikator 2	<i>Andel patienter med HF/rEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser</i>	28,6%(4)	2025-01-29	29% (14)	Medrave	2025-12-15
Indikator 3	<i>Andel patienter med hjärtsvikt som varit på återbesök, alla professioner</i>	65,1(28)	2025-01-29	70% (30)	medrave	2025-12-15
Indikator 4						
Indikator 5						

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?

För att arbeta med att identifiering av patienter med risk för hjärtsvikt och förebyggande av allvarliga kardiovaskulära sjukdomar, är det viktigt att vi har en tydlig plan som både fokuserar på att upptäcka våra hjärtsviktpatienter och utveckla effektiva rutiner för att förbättra patientvården.

Arbetet med att genomföra, studera och agera bör ske kontinuerligt under året, varpå de åtgärder och aktiviteter vi har planerat att genomföra omsätts i praktiken.

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

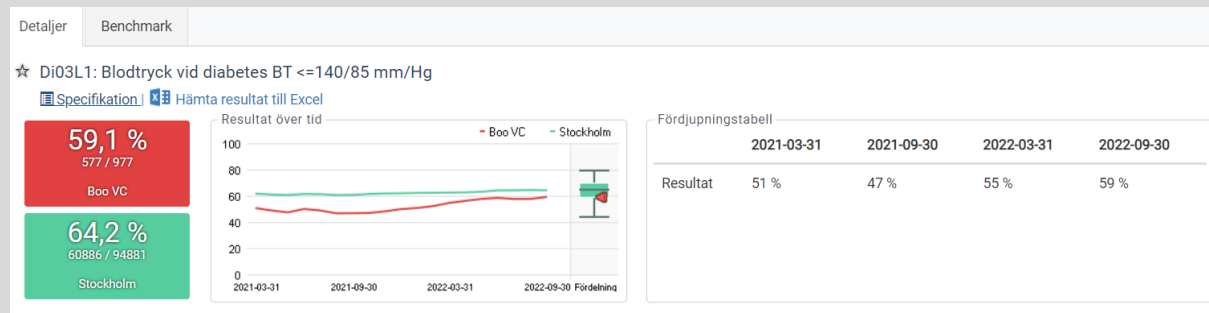
Det genomförda förbättringsarbetet har lett till en tydlig ökning av både strukturen och kvaliteten i omhändertagandet av patienter med hjärtsvikt. Under året har ett mer sammanhållet arbetssätt etablerats, där sjuksköterskans roll stärkts och patientflödena anpassats för att säkerställa att patienter med hjärtsvikt prioriteras.

Enkätsvaren visade att majoriteten av patienterna upplever att de får tillräcklig information om sin diagnos samt om hur de själva kan påverka sin hälsa. En betydande andel uttryckte samtidigt önskemål om ytterligare kunskap, vilket bekräftar värdet av att fortsätta utveckla informations- och utbildningsinsatserna. Flera patienter uppgav att hjärtsvikten begränsar vardagen, framför allt genom nedsatt ork, behov av tät vila och svårigheter att utföra fysiska aktiviteter. Detta understryker vikten av fortsatt strukturerad uppföljning och stöd.

Guiderna för egenvård har tagits emot positivt av patienterna och upplevs som ett konkret stöd, särskilt vid tidiga symtom på försämring. Att behandlingsrekommendationer, såsom användning av Furix vid behov eller att läkare kan ordinera ny evidensbaserad läkemedelsbehandling som exempelvis *Farxiga*, finns tydligt beskrivna har skapat ökad trygghet och bättre förståelse för när kontakt med vården bör tas.

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
Indikator 1	Förekomst av diagnos hjärtsvikt	1%(69)	2025-01-29	1,1% (72)	0,9% (57)	medrave	2025-12-30
Indikator 2	Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser	28,6% (4)	2025-01-29	29% (14)	47,6% (10)	medrave	2025-12-30
Indikator 3	Andel patienter med hjärtsvikt som varit på återbesök, alla professioner	65,1(28)	2025-01-29	70% (30)	60% (27)	medrave	2025-12-30
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har under året ytterligare höjt kunskapsnivån kring hjärtsvikt inom de berörda personalgrupperna. Detta har skett dels genom den föreläsning som genomförts, dels genom återkommande genomgångar och diskussioner om diagnossättning, den nya kategoriseringen inom hjärtsviktsdiagnosen, läkemedelsbehandling och strukturerad uppföljning.

Vi har även sett att patienterna uppskattar den skriftliga information de fått om egenvård vid försämring. En möjlig förklaring är att detta bidragit till en ökad trygghet och bättre symtomhantering, vilket i sin tur kan ha lett till färre slutenvårdstillfällen.

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?

Vid besök hos sjuksköterskan ställde sjuksköterskan tre frågor till våra hjärtsviktpatienter. Frågorna handlade om huruvida patienterna upplevde att de hade tillräcklig information om sin diagnos, om de önskade mer information samt om de kände sig begränsade i livet på grund av sin hjärtsvikt och i så fall på vilket sätt. De flesta av patienterna uppgav att de hade tillräcklig kunskap om sin diagnos och inte behövde någon ytterligare information. De flesta kände inte heller några begränsningar i vardagen. I enlighet med planen har vi också tagit fram en guide för egenvård vid symtom på försämring, där bland annat rekommendationer kring användning av Furix vid behov ingår som en central del. Guiden lämnas till samtliga patienter vid besök hos sjuksköterskan och kan vid behov även delas ut i samband med läkarbesök.

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.

Minst en gång per år genomförs en gemensam uppföljning mellan läkargruppen och mottagning sjuksköterskan. Vid dessa möten används utdrag från Medrave och Primärvårdskvalitet för att följa upp diagnossättningsgrad, behandlingsföljsamhet och eventuella förbättringsområden.

Utöver detta genomförs årliga kontroller för våra hjärtsviktpatienter, där diagnosen uppdateras och en strukturerad läkemedelsgenomgång görs för att säkerställa att behandlingen är optimerad enligt gällande riktlinjer.

Vi kommer även fortsättningsvis att lämna ut egenvårdsguiden till samtliga patienter med hjärtsvikt för att stärka deras kunskap och möjlighet till tidig symtomhantering.

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.