

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: KOL

| Information om husläkarmottagningen                                     |   |
|---|---|
| Mottagningens namn<br>Järna vårdcentral                                 | Namn på er Informationsapotekare<br>Roswitha Abelin                 |
| Verksamhetschef<br>Linda Grip   | Verksamhetschefens e-post<br>Linda.grip@primavard.se                |
| Kontaktperson för förbättringsarbetet<br>Linda Grip / Katharina Pleijel | Kontaktpersonens e-post<br>Som ovan/ katharina.pleijel@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.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2025**, **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till [forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se)

**Radera EJ text i grå fält.**

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbets sätt). 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: Linda Grip / Katharina Pleijel                        |
| Profession: Verksamhetschef / ST-läkare                     |

**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: Shaheen Khayyam, specialist i Allmänmedicin/MLA, Alem Tesfay, specialist i allmänmedicin, Fadi Gevriye, ST-läkare, Katharina Pleijel, ST-läkare, Susanne Lindholm, sjuksköterska, Hanna Käck, distriktsköterska.

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

B: Det är viktigt att involvera patienten i sin vårdprocess och sträva efter att patienten känner sig motiverad och väl informerad. En metod för det är att se till att patienter med nydiagnostiserad KOL genomgår en individuell patientutbildning med Astma/KOL sköterskan på vårdcentralen och att sköterskan sedan följer upp patienten genom tex ett telefonsamtal. Ett sätt att involvera patienten och få ett underlag för samtal kring upplevd vård och synpunkter blir att öka användningen av CAT-formuläret.

### **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.**

Under pandemin blev uppföljningen av KOL patienter satt åt sidan, vi har sedan dess utbildat nya sköterskor i astma/KOL för att under 2024 fått ordentlig fart på astma/KOL mottagningen igen. Vi tänker oss en kvalitetshöjning för våra KOL patienter då vi i dag ligger under snittet vad gäller återbesök för patienter med exacerbationer. Vi vill öka patientdeltagandet och ser att vi idag inte ser ut att ha någon patientundervisning alls vilket högst troligt beror på att vi inte använder rätt sökord vid dokumentation. Generellt vill vi öka frekvensen i våra utvalda indikatorer då vi ser att samtliga är områden där vi har en god förbättringspotential.

### **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.

KOL

### 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:

Det övergripande målet är att öka uppföljningen av patienter med KOL samt förbättra deras livskvalitet genom att tillhandahålla lämplig medicinsk behandling och öka tillgängligheten till KOL-rehabilitering. Syftet är att tidigt identifiera och diagnostisera KOL genom att implementera screening med hjälp av COPD-6-mätning och spirometri samt uppmärksamma kända riskfaktorer som rökning och högt BMI. Vidare vill vi öka stödet genom exempelvis patientutbildning och erbjuda stöd till rökare för att uppmuntra rökavvänjning och dietistkontakt för patienter med både högt och lågt BMI.

#### 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/>

#### 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: Astma/KOL mottagningen har varit under "nyuppbyggnad" efter pandemin, personal har utbildats och sedermera kommit igång med mottagningen igen.

1.1: Utbildning av ytterligare ssk i astma/KOL  
1.2: Utbildning för läkare och dsk/ssk i KOL från utbildningsläkare på APC.

2: Fel sökord har använts i dokumentationen vilket ger ett resultat av helt utebliven patientutbildning.

2.1: se över journalmallar så rätt sökord finns.  
2.2: skriva om rutin för omhändertagande av KOL patient så det framgår ordentligt vilken journalmall som ska användas.

3: CAT skattning används inte i tillräcklig utsträckning, BMI, vikt och längd är inte noterade i alla journaler.

3.1: Gå igenom skattningsskalan på gemensamt möte.  
3.2: CAT läggs som sökord i journalmallen  
3.3: Längd och vikt görs till obligatoriska sökord i journalmallen så vi får BMI värdet.

#### Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

**Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.**

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-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 ”balansrande 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.**

|                    | <b>Indikatornamn</b><br>T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol.<br><b>Antal</b> snabbspirometri per vecka | <b>Nuläge = Startläge</b><br>(% eller antal) | <b>Datum/period för startläge</b> | <b>Mål</b><br>(% eller antal) | <b>Källa</b><br>(t.ex. Medrave) | <b>Datum för att uppnå målvärdet</b> |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Indikator 1</b> | <i>Andel patienter med ny diagnos KOL där spirometri genomförts</i>   | 56,7%  | 1/2 2025                          | 70%                           | PQ                              | Jan 2026                             |
| <b>Indikator 2</b> | <i>Andel patienter som har KOL med exacerbationer som varit på återbesök.</i>   | 42,4%  | 1/2 2025                          | 65%                           | Medrave                         | Jan 2026                             |
| <b>Indikator 3</b> | <i>Andel patienter med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI</i>  | 51%  | 1/2 2025                          | 75%                           | Medrave                         | Jan 2026                             |
| <b>Indikator 4</b> | <i>Andel patienter med ny diagnos som genomgått patientutbildning, på vårdcentral.</i>  | 0%   | 1/2 2025                          | 25%                           | PQ                              | Jan 2026                             |
| <b>Indikator 5</b> | <i>Andel CAT formulär registrerade.</i>   | 19%  | 1/2 2025                          | 40%                           | PQ                              | Jan 2026                             |

**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 blev 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?

Vår sekreterare med LSA funktion bygger om våra journalmallar efter beslut så att de sökord som saknas kommer in och de sökord som verkligen behöver fyllas i görs obligatoriska. Vi har gemensam utbildning för läkare och sjuksköterskor i KOL med utbildningsläkare från APC och vi följer sedan upp hur det går i arbetet med våra indikatorer varannan månad på APT. Utöver det så följs arbetet via redovisning av indikatorernas progress genom utskrifter i konferensrummet och veckovis dialog på läkarmötet.

**Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.**

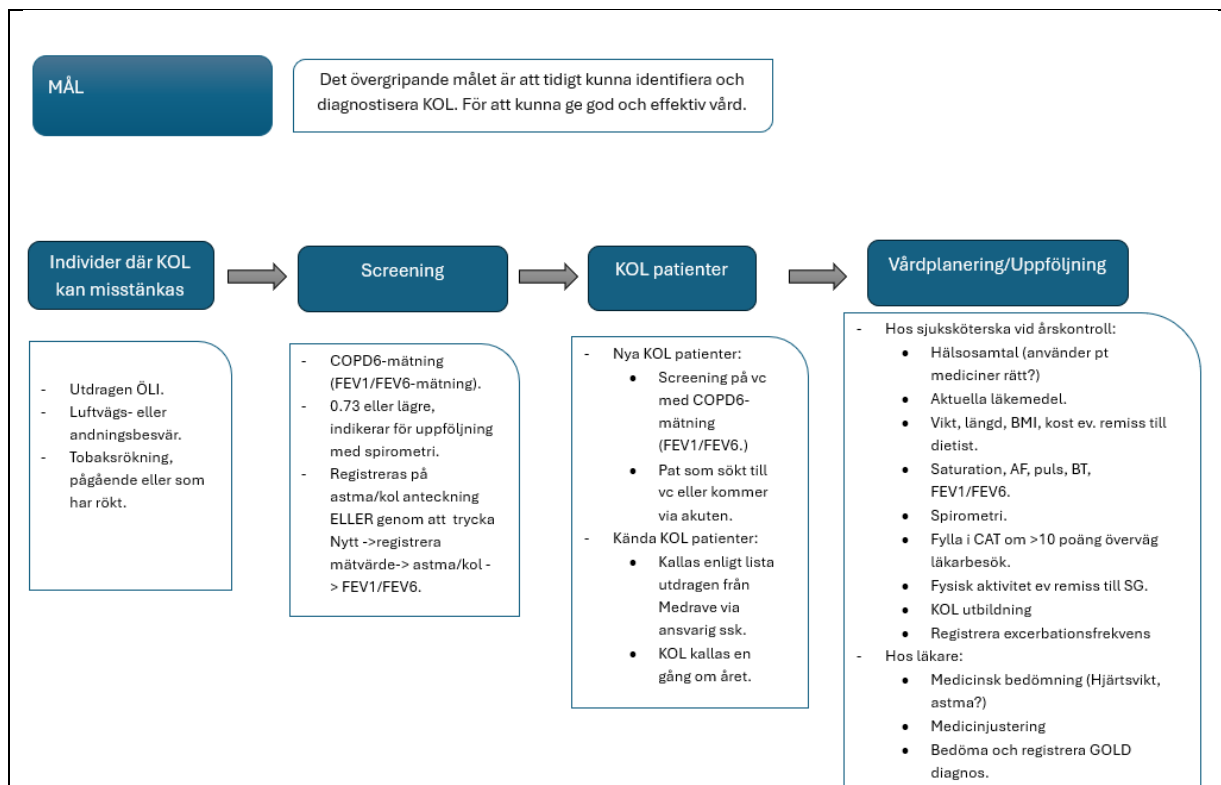
**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som en bilaga (ej länk) i WORDFORMAT namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 28 februari 2025 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)**

## **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

Vi startade med en gemensam genomgång av "hur arbetar vi nu", där vi kunde identifiera förbättringar i journalmallar och kallelsestruktur som tydliga förbättringsområden för att på det viset se en ökad frekvens av valda indikatorer att arbeta vidare med. Vi kunde sedan i dialog med Medrave bygga om våra journalmallar för att rätt sökord skulle generera statistik och lägga upp en väntelista för kallelser till Astma/KOL sköterskan. När detta var i gång så har vi kunnat följa utvecklingen av statistiken gemensamt på möten under året. Den gemensamma genomgången av arbetet samt uppföljningarna av statistiken har gjort både läkare och sjuksköterskor mer uppmärksamma kring tex att dokumentera vikt och BMI för inte bara KOL patienter utan även övriga patientgrupper. Vi har haft gemensam utbildning för samtliga medarbetare kring KOL diagnosen där Akademiskt primärvårdscentrum var på plats och höll i utbildningen vilket bla ökat intresset i stort och generellt bli mer nogsam med att dokumentera på ett sätt så att vi kan följa vår statistik. Inom ramen för vårt förbättringsarbete har vi utvecklat och implementerat ett flödesschema som underlättar arbetet för sjuksköterskor och läkare vid hantering av patienter där kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) kan misstänkas. Mallen är utformad för att säkerställa en enhetlig och effektiv process för att tidigt kunna identifiera och diagnostisera KOL samt för vidare uppföljning.

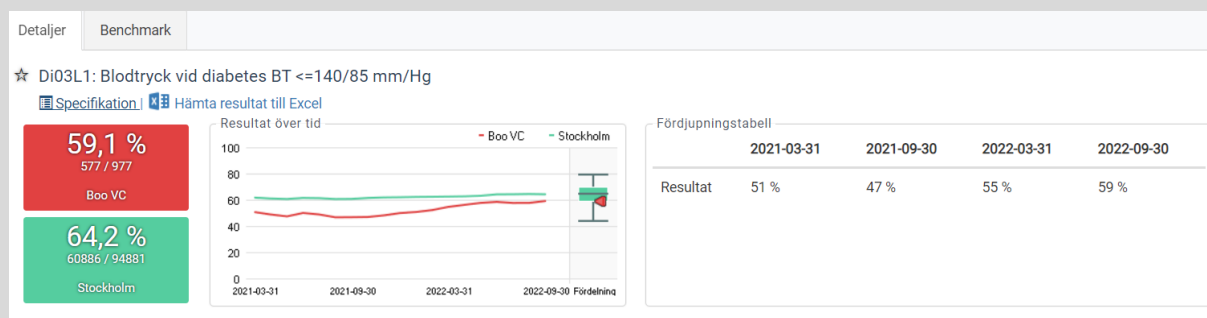


Under besök där misstanke om KOL fanns skulle screening genomföras med hjälp av COPD-6-mätning både vid sjuksköterskebesök och läkarbesök. Denna åtgärd kan möjliggöra förbättrad kartläggning av patienternas aktuella hälsotillstånd och bidra till att identifiera behov av ytterligare vårdinsatser.

Som en del av arbetet kallades 35 patienter med KOL-diagnos, som inte hade följts upp under en längre tid, för en årlig kontroll. Detta steg syftade till att säkerställa att patienter fick nödvändig vård och stöd enligt aktuella riktlinjer.

## Resultat

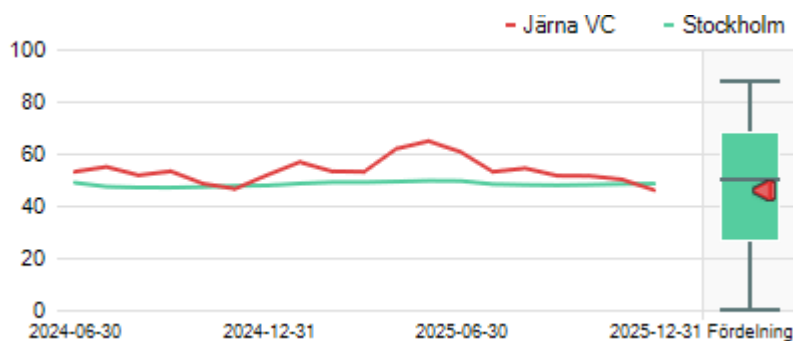
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark 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><br>T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol        | <b>Startläge</b><br>(% eller anta) | <b>Datum /period för startläge</b> | <b>Mål</b><br>(% eller antal) | <b>Resultat</b><br>(% eller antal) | <b>Källa</b><br>(t.ex. Medrave) | <b>Datum/period för resultatvärdet</b> |
|--------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | <i>Andel patienter med ny diagnos KOL där spirometri genomförts</i>                    | 56,7%                              | 1/2 2025                           | 70%                           | 46%                                | Medrave                         | 7/1 2026                               |
| <b>Indikator 2</b> | <i>Andel patienter som har KOL med exacerbationer som varit på återbesök.</i>          | 42,4%                              | 1/2 2025                           | 65%                           | 45%                                | Medrave                         | 8/1 2026                               |
| <b>Indikator 3</b> | <i>Andel patienter med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI</i>         | 51%                                | 1/2 2025                           | 75%                           | 62%                                | Medrave                         | 8/1 2026                               |
| <b>Indikator 4</b> | <i>Andel patienter med ny diagnos som genomgått patientutbildning, på vårdcentral.</i> | 0%                                 | 1/2 2025                           | 25%                           | 18%                                | Medrave                         | 8/1 2026                               |
| <b>Indikator 5</b> | <i>Andel CAT formulär registrerade.</i>  | 19%                                | 1/2 2025                           | 40%                           | 24%                                | Medrave                         | 31/12 2025                             |

#### Övriga kommentarer:

Vi kan se att de flesta indikatorer har ett förbättrat resultat även om vi är en god bit ifrån våra tilltänkta mål. En anledning till detta är personalförändringar under året och ytterligare en faktor till att våra resultat inte är så bra som vi tänkt oss är att vår Astma/KOL sköterska under hösten haft en lång tids frånvaro och att vi därför fått lägga mycket av arbetet på is. Spirometrier har blivit remitterade till fyslab osv för att patienterna ska få de undersökningar som de behöver.



Indikator 1 som sjunkit från utgångsläget kan vi i Medrave se att den under början av året stigit och nått gott resultat den 30/6 på 61% för att senare under hösten med personalbyten och frånvarande Astma/KOL ssk sjunkit till nivåer under startvärdet, se inklustrad graf.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Under året har förbättringsarbetet haft som mål att förbättra vården för KOL-patienter genom att implementera strukturerade insatser och uppföljning. Resultaten visar att flera mål har uppnåtts, samtidigt som arbetet har identifierat viktiga förbättringsområden. Arbetet har lett till en ökning av både KOL-diagnostik och registrering av vikt och BMI hos patienter, samt ökad CAT-registrering. Trots detta finns områden som kräver ytterligare insatser. Återbesöksfrekvensen ökade något men nådde inte det uppsatta målet.

Förbättringsarbetet har en del brister som vi tagit lärdom av. En av de större utmaningarna var att Astma/KOL sköterskan under en lång period var frånvarande, vilket påverkade den antalet genomförda spirometrier på plats samt uppföljande besök. Data har då genererats på en annan enhet dit vi tvingats remittera våra patienter. Trots detta har vi tydliggjort och etablerat ett flöde som har varit genomförbart. Detta har resulterat i förbättrad uppföljning och kontinuitet i vården för dessa patienter.

Vi har lärt oss att vi behöver vara rimliga i våra ambitioner gällande statistik, nästa projekt får bedömas efter en mer sannolik målbild.

Vi kan av resultaten under året samt slutresultaten utläsa att vi blivit bättre på det mesta men att detta är ett område som vi får fortsätta arbeta med för att öka vår frekvens i valda faktorer. Vi vill fortfarande nå våra uppsatta mål trots att dessa är högt ställda.

Sammanfattningsvis har det viktigaste lärandet under processen varit insikten om och betydelsen av korrekt registrering av mätbara indikatorer samt vikten av att i ett tidigt skede analysera och följa upp indikatorerna för att kunna identifiera och åtgärda brister. Fortsättningsvis har detta arbete också belyst ett centralt fokusområde för framtida förbättringar.

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?

Genom att använda CAT-formulär (COPD Assessment Test) har patienterna fått möjlighet att aktivt bidra med information om hur sjukdomen påverkar deras vardag och livskvalitet. Denna information har inte bara varit en grund för att individanpassa vårdinsatser utan kan även öka patienternas medvetenhet om sin egen hälsa och deras engagemang i vårdprocessen.

Utöver detta har arbetet strävat efter att skapa en mer dialogbaserad vårdrelation, där patienternas frågor och önskemål tas upp och diskuteras vid varje besök. Detta har bidragit till att patienterna kan involveras i planering av deras 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.

Vi vill integrera de framtagna åtgärderna som en permanent del av vår verksamhet. Flödesschemat, som har visat sig vara ett effektivt verktyg för att skapa struktur och enhetlighet i vården av patienter med misstänkt och med KOL, kommer att kvarhållas och utvärderas.

Vi ser också ett behov av att förbättra kommunikationen med patienterna, särskilt när det gäller att kalla till och boka in årliga KOL-kontroller. Detta kommer även fortsättningsvis att ske genom exempelvis SMS-utskick, telefonsamtal eller brev. På så sätt kan vi säkerställa att fler patienter blir uppmärksammade på vikten av regelbunden uppföljning och får möjlighet att delta i dessa viktiga kontroller.

Framöver kommer vi att fokusera på att tidigt analysera och följa upp indikatorer för att snabbare identifiera och åtgärda eventuella brister. Samt säkerställa korrekt registrering av mätbara indikatorer.

**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.