

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och 2: Kronisk njursvikt

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Folkets vårdcentral Tyresö	Namn på er Informationsapotekare Anna Zucco
Verksamhetschef Anoushe Sigaroudi	Verksamhetschefens e-post anoushe.sigaroudi@folketsvardcentral.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Sayna Nourzad	Kontaktpersonens e-post sayna96@gmail.com

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 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.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Sayna Nourzad
Profession: AT-läkare
E-post: sayna96@gmail.com

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 en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidosjukvård, 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

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

A:

Sayna Nourzad, AT-läkare
Sayna96@gmail.com

Anoushe Sigaroudi, specialist i allmänmedicin.
Anoushe.sigaroudi@folketsvardcentral.se

Jina Bettino, ST-läkare i allmänmedicin
Jina.bettio@hotmail.com

Georg Khawam, ST-läkare i allmänmedicin
Kontakt@folketsvardcentral.se

Karla Osorio Espinoza, undersköterska och koordinator.
Karla.osorio@folketsvardcentral.se

Hale Karimpoor, sjuksköterska och koordinator
Hale.karimpoor@folketsvardcentral.se

B: Förslagslådor finns i receptionen där patienter lämnar feedback.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar 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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Kronisk njursvikt definieras som eGFR < 60 ml/min/1,73m². Stadielinindelning är mellan 1-5 och baseras på eGFR. Ungefär 10 % av den vuxna befolkningen i Sverige har någon grad av kronisk njursjukdom och cirka 1 % av befolkningen har en mer avancerad form av njursvikt (stadium 4-5). I början av 2024 var det endast 27 % av patienter < 80 år med ett eGFR < 60 som hade fått diagnosen kronisk njursvikt, vilket var liknande värden som Stockholm i stort. Dessa värden var anmärkningsvärt låga. Baserat på detta gjorde vi en intern genomgång och hittade att 155 personer inte fått diagnosen kronisk njursvikt som diagnoskod. Många av dessa har dessutom saknat relevanta prover. Vi valde att fördjupa oss i de patienter som hade eGFR < 55 %. Detta för att enstaka eGFR värde mellan 55-60 inte behöver innebära kronisk njursvikt, då njurfunktionen kan fluktuera. För att ställa diagnosen krävs upprepade mätningar över tid, eftersom ett tillfälligt lågt värde kan normaliseras vid nästa kontroll. 78 av 155 (50,3%) av patienterna hade ett eGFR ≤ 55 och har nu fått en diagnos med samtidig stadielinindelning (CKD3 / CKD4 / CKD 5). Vi vill nu gå vidare med relevant utredning och behandling för att öka omhändertaget av våra patienter med kronisk njursvikt.

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.

Kronisk njursvikt.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi har under förra året uppmärksammat att många patienter med GFR < 60 (55) inte fått rätt diagnos och därmed inte genomgått rätt uppföljning. Vi vill med relevant provtagning och behandling öka njurprotektion och därmed samtidigt minska risken för associerade komorbiditeter.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1. Otillräcklig diagnostisering av kronisk njursjukdom (CKD)

- Implementera regelbundna genomgångar av patientjournaler för att identifiera individer med nedsatt njurfunktion som saknar korrekt diagnos
- Utbilda vårdpersonal om bakgrund kring njursvikt (definition, risker, behandling) och vikten av att ställa diagnos vid konstaterad

	njurfunktionsnedsättning för att säkerställa adekvat vård
2. Bristande provtagning och monitorering	<ul style="list-style-type: none"> - Etablera standardiserade rutiner för regelbunden provtagning (riktlinjer) inklusive mätning av eGFR och albuminuri, för patienter i riskgrupper - Årlig genomgång av patienter med GFR < 60 - Uppmärksamma vidare utredning om fynd av GFR < 60 även om patienten är på årskontroll av andra skäl med associerade sjukdomar (ex. DM, hypertoni)
3. Bristande kommunikation och samordning mellan vårdnivåer (primärvård och specialistvård)	<ul style="list-style-type: none"> - Utveckla tydliga remissrutiner och kommunikationskanaler mellan vårdnivåer - Anordna regelbundna möten eller utbildningar där primärvårdspersonal och specialister kan diskutera patientfall och uppdatera varandra om bästa praxis för hantering av kronisk njursjukdom

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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

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.**

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål* (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter under 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har kontrollerats för albuminuri</i>	59	250101	69	Med-rave, PVQ	251231

Indikator 2	<i>Andel patienter över 50 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som behandlas med statiner</i>	46	250101	55	Med-rave, PVQ	251231
Indikator 3	<i>Andel patienter som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30) och som har diagnos kronisk njursjukdom</i>	87	250101	100	Med-rave, PVQ	251231

Kommentar (valfritt):
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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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 tänk? 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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket kan fyllas på under arbetets gång.

Planera:

En usk/koordinator går igenom listan på patienter i Medrave utifrån våra behandlingsmål och ansvarar för att kalla för relevant provtagning. Samtliga områdesansvariga läkare har hand om sina egna listade patienter efter provtagning och/eller för läkemedelsinsättning. Förutom detta fångas patienter även upp vid årskontroll för andra ärenden (ex. DM-kontroll, HT-kontroll) där senaste GFR-värdet uppmärksammas på besöket. Läkarna ser till att patienter som inte tidigare fått diagnosen kronisk njursvikt informeras om detta och planerad uppföljning/behandling för att öka den patientcentrerade vården.

1. Patienter < 80 år med eGFR < 60. Dessa patienter kallas för provtagning av U-alb/krea. Hos patienter med fynd av albuminuri upprepas provtagningen för att verifiera fyndet, då detta kan vara övergående. Vid fynd av albuminuri x 2 insätts följande behandling efter diskussion och överenskommelse med patient (via telefoni hos respektive läkare):
 - Vid samtidig hypertoni – insättning av RAAS-blockad (ACE/ARB)
 - Vid makroalbuminuri – insättning av RAAS-blockad även om BT < 130/80, samt SGLT2-hämmare. Vid DM typ 2 insätts SGLT2-hämmare redan vid albuminuri > 3 mg/mmol.
2. Patienter > 50 år med eGFR < 60. Statinbehandling rekommenderas för denna patientgrupp som primärprevention. Om patienten inte har insatt statinbehandling (journalgenomgång av usk/koordinator) informeras ansvarig läkare som sätter upp patienten på en telefoni för diskussion kring insättning av statiner.
3. Patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30). Usk/koordinator går igenom

journalen och om diagnos kronisk njursvikt inte är satt återkopplas detta till ansvarig läkare som åtgärdar detta. Patienten informeras därefter om detta. Vi har satt 100 % som mål då det är viktigt att ingen patient med GFR < 30 (dvs CKD4-5) faller mellan stolarna.

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

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** 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 bilfogas

1. Patienter < 80 år med eGFR < 60

- En usk/koordinator gick igenom listan i Medrave över patienter < 80 år med eGFR < 60 och identifierade patienter som saknade aktuell utredning av albuminuri.
- Dessa patienter kallades strukturerat till provtagning av U-alb/krea enligt gemensam rutin.
- Vid fynd av albuminuri upprepades provtagningen för att verifiera persisterande albuminuri, då övergående albuminuri bedömdes som möjlig felkälla.
- Hos patienter med verifierad albuminuri (U-alb/krea x 2) informerades ansvarig läkare, som via telefoni diskuterade behandlingsinsättning och uppföljning tillsammans med patienten.

Insatt behandling vid verifierad albuminuri:

- Vid samtidig hypertoni: insättning av RAAS-blockad (ACE-hämmare eller ARB).
- Vid makroalbuminuri: insättning av RAAS-blockad även vid blodtryck < 130/80 samt tillägg av SGLT2-hämmare efter individuell bedömning.
- Hos patienter med diabetes mellitus typ 2: insättning av SGLT2-hämmare redan vid albuminuri > 3 mg/mmol enligt gällande riktlinjer.
- Plan för uppföljning av njurfunktion och albuminuri dokumenterades i journalen.

1. Patienter > 50 år med eGFR < 60

- Usk/koordinator genomförde journalgenomgång av patienter > 50 år med eGFR < 60 för att identifiera patienter som saknade statinbehandling trots rekommendation om primärprevention.

- Ansvarig läkare informerades om patienter utan statinbehandling och bokade in dessa på telefontid för strukturerad diskussion kring risk–nytta, indikation och eventuell behandlingsstart.
- Vid insättning av statin planerades sedvanlig uppföljning enligt lokal rutin, inklusive provtagning vid behov och ny kontakt för utvärdering av effekt och tolerans.
- Patienter informerades om möjliga biverkningar och uppmanades att höra av sig vid besvär för att tidigt fånga låg compliance och kunna justera behandlingen.

2. Patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion (eGFR < 30)

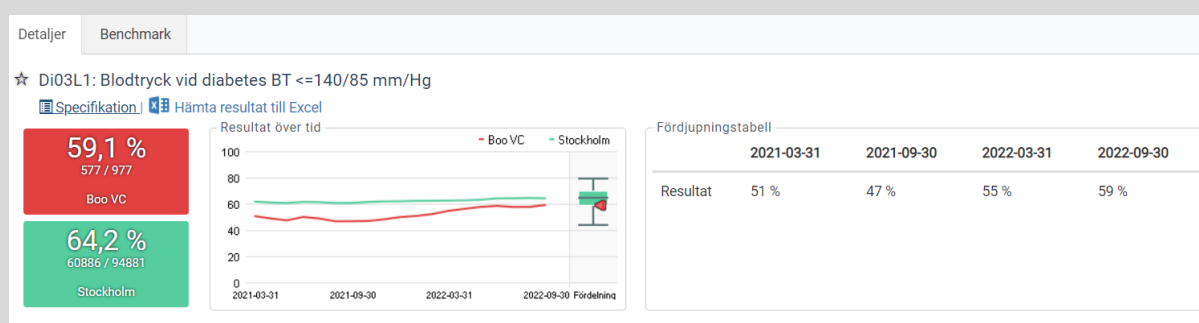
- Usk/koordinator gick systematiskt igenom samtliga patienter i Medrave med eGFR < 30.
- Journalgranskning genomfördes för att säkerställa att diagnosen kronisk njursvikt (CKD stadium 4–5) var korrekt dokumenterad.
- För patienter där diagnos saknades återkopplades detta till ansvarig läkare, som satte diagnos, informerade patienten och säkerställde planerad uppföljning och handläggning.
- Målet sattes till 100 % korrekt diagnossättning och uppföljningsplan, då denna patientgrupp bedömdes ha särskilt hög risk att falla mellan stolarna.

Journalgranskning:

Som del av förbättringsarbetet genomfördes journalgranskning av identifierade patienter enligt ovan för att verifiera aktuell provtagning, pågående behandling och korrekt diagnossättning, då detta inte alltid framgick i Medrave.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter under 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har kontrollerats för albuminuri	59	250101	69	73	Medrave	251231

Indikator 2	<i>Andel patienter över 50 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som behandlas med statiner</i>	46	250101	55	54	Medrave	251231
Indikator 3	<i>Andel patienter som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30) och som har diagnos kronisk njursjukdom</i>	87	250101	100	100	Medrave	251231

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Detta förbättringsarbete har tydliggjort vikten av ett strukturerat och team-baserat arbetssätt vid handläggning av patienter med kronisk njursvikt. Genom att involvera usk/koordinator i identifiering av patienter och kallande till provtagning har vi kunnat arbeta mer systematiskt och avlastat läkarresurserna, samtidigt som fler patienter fångats upp för relevant utredning och behandling.

Vi har lärt oss att statistik från Medrave innehåller felkällor som riskerar att ge en missvisande bild av utgångsläget, exempelvis när provtagning eller behandling skett via annan vårdenhet eller när diagnoser inte varit korrekt registrerade. Journalgranskning visade sig därför vara en avgörande del av förbättringsarbetet för att få en mer rättvisande bild av verkligheten. Detta påverkade både våra startvärden och tolkningen av resultaten.

Arbetet visade en tydlig förbättring i andelen patienter < 80 år med eGFR < 60 som kontrollerats för albuminuri (från 59 % till 73 %), vilket överträffade uppsatt mål. Detta talar för att ett aktivt kallningsförfarande och tydlig ansvarsfördelning ger god effekt. Däremot nåddes inte målet för statinbehandling hos patienter > 50 år med eGFR < 60 full ut, trots en viss förbättring (från 46 till 54 %). Detta har belyst vikten av patientdialog, där oro för

biverkningar och låg motivation kan påverka behandlingsbeslut (som vi har diskuterat i tidigare förbättringsarbeten), samt att förändringar i preventiva behandlingar ofta tar längre tid att genomföra än planerat.

För patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion (eGFR < 30) visade förbättringsarbetet att nästan samtliga hade korrekt diagnosättning redan från start, men att riktad genomgång ändå var värdefull för att säkerställa att ingen patient föll mellan stolarna. Att nå nära målet 100 % bekräftar vikten av att ha särskilt tydliga rutiner för högriskpatienter.

Sammanfattningsvis har vi lärt oss att strukturerad arbetsfördelning inom teamet är avgörande för att driva förbättringsarbete framåt, data från beslutsstöd behöver kompletteras med journalgranskning för korrekt analys, preventiva insatser kräver upprepade kontakter och patientcentrerad kommunikation, samt att tydlig diagnosättning och information till patient stärker både säkerhet och kvalitet i vården.

Detta förbättringsarbete har lagt en stabil grund för fortsatt systematiskt arbete med patienter med kronisk njursvikt och kan med fördel vidareutvecklas och följas över längre tid.

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?

Patienters erfarenheter och perspektiv har använts löpande under flera delar av förbättringsarbetet. Vid kontakt med patienter kring provtagning, diagnosättning och behandlingsinsättning har deras tidigare erfarenheter av vård, behandlingar och eventuella biverkningar aktivt efterfrågats och beaktats i den fortsatta handläggningen. Detta har varit särskilt viktigt vid preventiva behandlingar där patientens motivation och förståelse har stor betydelse för följsamheten.

Vid diskussion om insättning av RAAS-blockad, SGLT2-hämmare och statinbehandling har behandlingsbeslut fattats i dialog med patienten, där risk–nytta, förväntad effekt och möjliga biverkningar har gått igenom. Patienternas oro, tidigare negativa erfarenheter och individuella preferenser har påverkat både val av behandling och tempo i insättningen.

Arbetet har även syftat till att öka patienternas delaktighet genom att tydliggöra diagnosen kronisk njursvikt för patienter som tidigare inte varit informerade om detta, samt genom att gemensamt upprätta plan för uppföljning och fortsatt handläggning. Genom att informera patienter om varför uppföljande provtagning behövs och uppmuntra dem att höra av sig vid biverkningar eller frågor har vi strävat efter att stärka patientens roll som aktiv medpart i vården.

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.

För att vidmakthålla de positiva förändringar som uppnåtts planerar vi att fortsätta arbeta med tydlig ansvarsfördelning mellan usk/koordinator och ansvarig läkare avseende identifiering, provtagning och uppföljning av patienter med kronisk njursvikt. Arbetssätten som etablerats kommer att integreras i ordinarie rutiner, inklusive uppföljning av njurfunktion och albuminuri vid årskontroller för andra kroniska tillstånd.

Medrave kommer fortsatt att användas som stöd för uppföljning av indikatorer, kompletterat med journalgenomgång vid behov för att minska risken för felkällor. Området kommer att följas över tid genom återkommande uppföljning av indikatorerna för att säkerställa att förbättringarna bibehålls och vid behov justeras.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor.
Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.