

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Handläggning av kroniska bensår på Huvudsta Vårdcentral

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	Namn på er Informationsapotekare
Huvudsta Vårdcentral	Lisa Unogård Maxstad
Verksamhetschef Sanjay Ahuja	Verksamhetschefens e-post sa@huvudstavard.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Sanjay Ahuja	Kontaktpersonens e-post sa@huvudstavard.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 [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto: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 arbetsätt). 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: Sanjay Ahuja
Profession: Verksamhetschef, Specialist i Allmän Medicin

**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: Diana Gidey (ST-läkare, flyttade till en annan vårdcentral i augusti 2025), Behnaz Tabibzadeh (Distriktsläkare, handledare), Cynthia Asare Blad (Distriktssköterska), Ylva Bolin (Undersköterska).

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

B: Vi kommer att efterhöra patienternas erfarenheter och insikter för att göra kvalitetsgranskningen mer relevant och representativ för de som faktiskt påverkas av vården.

### **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.**

Vi planerar att genomföra ett kvalitetsprojekt avseende svårläkta bensår på Huvudsta Vårdcentral. På vår vårdcentral hade vi år 2024 en prevalens av bensår på 0,3 %, vilket är högre än genomsnittet för Stockholm (0,1 %), källa: Medrave. Denna skillnad tros delvis bero på den åldrande befolkningen i området, vilket innebär att en större andel av våra patienter är i riskzonen för att utveckla svårläkta bensår.

Vårt huvudsyfte är att minska lidandet för patienter med svårläkta bensår genom att säkerställa en snabbare, mer effektiv och adekvat handläggning av dessa. Genom att förbättra diagnostik och behandling hoppas vi kunna påskynda läkningsprocessen, vilket gynnar patienterna men också innebär potentiella kostnadsbesparingar, då snabbare läkning och minskad risk för infektioner och återbesök kan reducera de totala vårdkostnaderna. På så sätt strävar vi efter att både förbättra patientvården och optimera resursanvändningen. Därutöver önskar vi förbättra samarbete mellan yrkeskategorier som handlägger bensår på vårdcentralen.

I ett annat lika relevant arbete (själv deklARATION av antibiotikaanvändning) kommer vi titta närmare på vår förskrivning av antibiotika vid bensår.

2024-06-30 hade 73,9 % av patienterna på Huvudsta vårdcentral en diagnostiserad etiologi för sina bensår, vilket är i nivå med Stockholm som helhet där 73,3 % av patienter med bensår har en känd etiologi, källa: Medrave. Detta innebär att det finns ett förbättringsområde för att ytterligare öka

noggrannheten och effektiviteten i diagnostiken, vilket kan leda till mer riktade och framgångsrika behandlingsåtgärder.

### 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.

Svårläkta bensår.

### 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 mål med kvalitetsprojektet är att så hög andel patienter med bensår ska ha fått en etiologisk diagnos vilket innebär adekvat standardiserad utredning beträffande underliggande orsak-metabol sjukdom (diabetes), benartär sjukdom eller venös insufficiens. En adekvat och tidsmässig utredning innebär mindre patientlidande, mindre risk för infektioner samt mindre förskrivning av antibiotika. Därtill strävar vi ett få ett fungerande samarbete mellan olika vård kategorier involverade i omvårdnad av patienter med bensår och därmed bidra till utfasning av lågvärdeinsatser inom primärvård.

#### 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: Trots goda intentioner och engagemang finns det ibland brister i den specifika kunskap och erfarenhet som krävs för att kunna bedöma och behandla svårläkta bensår på ett optimalt sätt.

Svårläkta bensår är ett komplext tillstånd som kan kräva adekvat diagnostik och specialiserad behandling. Vårdpersonal som inte är insatta i utredningsgång eller behandlingsmetoderna kan ha svårigheter att identifiera rätt åtgärder för varje individ. Detta kan leda till förseningar i diagnos, suboptimala behandlingsval och förlängd läkningstid.

2: Svårläkta bensår är ett komplext tillstånd som kräver kontinuerlig och ofta långvarig uppföljning. Därtill krävs det mycket tålamod från såväl patienter som vårdpersonalen. Patienter som inte följer ordinationer,

#### 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: Utbildning för samtliga i personalgruppen.

1.2: Om ett bensår inte har visat märkbar förbättring eller läkning efter 4–6 veckors behandling med grundläggande omvårdnad, bör läkare kopplas in för att utvärdera orsaker till fördröjd läkning och vid behov justera behandlingsplanen. Läkare behöver ansvara för att en adekvat riskbedömning samt utredning görs.

1.3: Tvärprofessionell diskussion/konsultation.

2.1: För att säkerställa en mer strukturerad och effektiv handläggning av svårläkta bensår kan möjligen tydliga riktlinjer för när läkare ska konsulteras på vårdcentralen utformas. Målet är att inte bara använda akuttider, utan att skapa en

behandlare som bytts eller behandlingsstrategier som döms ut förtidigt kan förlänga läkningsprocessen och öka risken för komplikationer.	ordnad och planerad process för att säkerställa en noggrann bedömning, korrekt utredning och effektiv behandlingsplanering. Ex. På när läkare skall kopplas in för bedömning: tecken på fördröjd läkning efter 4-6v, vid misstanke om infektion eller annan komplikation, vid tecken på allvarliga underliggande sjukdomar. Kan även finnas behov av annan specialistkompetens som då bör konsulteras.
3:	3.1: 3.2: 3.3:

### 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 "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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med etiologisk diagnos.</i>	19/31 (61 %)	2024-01-01	90%	TC.	2025-12-31
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter vars blodsocker kontrollerats.</i>	25/31 (80 %)	2024-01-01	90%	TC.	2025-12-31
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter som undersökts med ABI.</i>	11/31 (35 %)	2024-01-01	90%	TC.	2025-12-31
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter som genomgått UL (venös).</i>	14/31 (45 %)	2024-01-01	90%	TC.	2025-12-31

### 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 fikaummet, 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?

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

Arbetsätt:

1 – Diana Gidey (ST-läkare) undersöker indikatorernas startläge, dvs patienter med konstaterade bensår.

2 - Vårdpersonal informeras om kvalitetsarbete samt vad som ska mätas. Samtliga sjuksköterskor och undersköterskor deltar i kurs "svår-läkta sår" organiserad i Akademiskt primärvårdcentrums regi. Patienter informeras om pågående kvalitetsarbete genom info på TV skärm i väntrummet. Diana Gidey informerar läkarkollektivet om handläggning av bensår enligt vårdprogrammet på viss.nu.

3 – Indikatorer följs 3 gånger under 2025. Kontinuerlig återkoppling till läkarkollektivet och sårvårdande vårdpersonal görs vid läkarmöte, APT eller interna meddelanden.

5 – Slutlig och sammantagen utvärdering i januari 2026. Planeras presenteras inom verksamheten.

Riktlinjer utformas för adekvat handläggning vid svår-läkta bensår på vår vårdcentral.

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

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

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

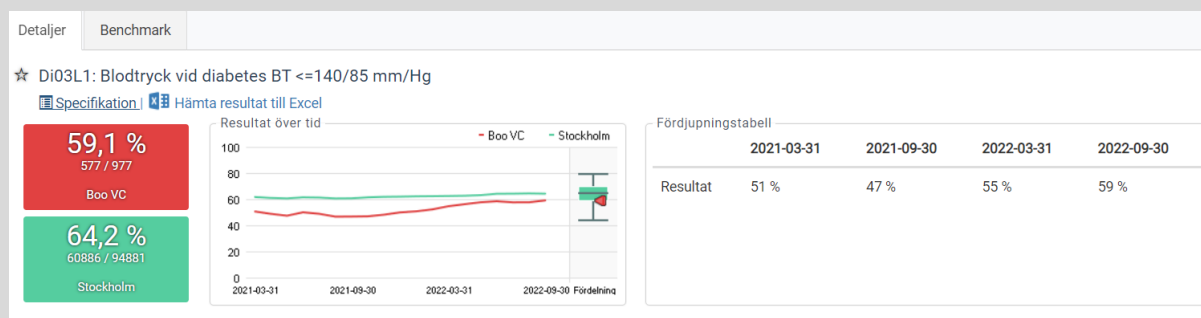
**När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetsättet. I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

I inledande fasen har vårdpersonal informerats om kvalitetsprojektet. ST-läkare Diana har gått genom samtliga journaler med relevanta diagnoskoder (L979, E106D, E116 D, I702C, I 830, L979X, L984 A, L979C) Vårdpersonal informerats åter om projektet vid 3 tillfällen under året. Den 27/11 har vårdpersonal samlats för genomgång av STRAMA-patientfall (bensår). Synpunkter från omvårdspersonal hämtats in.

## Resultat

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



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med etiologisk diagnos.	19/31 (61%)	2024-12	90%	April 2025, 85% Juli 2025, 76% <b>Dec 2025, 68%</b>	Medrave
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter vars blodsocker kontrollerats	25/31 (80%)	2024-12	90%	April 2025, 100% Juli 2025, 94% <b>Dec 2025, 100%</b>	Medrave
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter som undersökts med ABI	11/31 (35%)	2024-12	90%	April 2025, 41% Juli 2025, 71% <b>Dec 2025, 70%</b>	Medrave
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter som genomgått ultraljud(venös)	14/31 (45%)	2024-12	90%	April 2025, 48% Juli 2025, 71% <b>Dec 2025, 64%</b>	Medrave
<b>Indikator 5</b>						

### Övriga kommentarer:

Då ST-läkare flyttade till en annan vårdcentral i augusti 2025, är resultat från mätpunkt 3 i dec 2025 tagits fram av Sanjay Ahuja. Den senare har haft en strängare bedömning såtillvida att samtliga undersökningar (ultraljudundersökning av venösa och artär trädet samt B-glukos/HbA1C) ska vara genomförda för att godta etiologisk diagnos som korrekt ställd.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vid genomgång av journal, noterades ett flertal saker som är värt att uppmärksamma:  
I flera fall valde man att använda diagnos L984 A (Hudsår UNS) trots att utredning beträffande vanligaste förekommande orsaker till bensår var genomförd på ett adekvat sätt. Detta medförde att omvårdnadspersonal fick inga tydliga uppgifter om hur såret skulle behandlas (är kompressionsbehandling den rätta åtgärden? Vilken kompressionsgrad skulle tillämpas? Var istället diuretika aktuella i detta fall?).

I några fall nöjde man sig med resultat av venös utredning, talande för venös insufficiens hos en patient med pittingödem, vilket resulterade i att ingen ställning togs huruvida även artärsida skulle kunna var drabbad. Detta skulle kunna innebära att patienter med påverkan på både det venösa- och artär kärltrådet skulle gå miste om förebyggande behandling (exempelvis statiner) eller konsultation av kärlkirurg tills man insåg att enbart kompressionsbehandling inte medförde adekvat läkning.

I väldigt få fall sammanfattades utredning och behandlingsplan för omvårdspersonal. Undersökningsresultat återfanns i remissvar från fysiolog labbet eller som löpande text i en journalanteckning.

Glädjande nog togs faste-glukos eller HbA1C för att utesluta diabetessjukdom i samtliga fall.

I enstaka fall uteblev utredning helt och hållet när orsaken var ett mindre trauma. Som tur läkte såret men det skulle teoretiskt vara full möjligt att ett sådant sår skulle kunna bli kroniskt om underliggande venös insufficiens eller kärlförträngning inte var adresserad

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?

Behandling om kroniska bensår kräver tid och tålamod. Många patienter bär på en berättigad frustration om såret vägrar läka. Att tidigt vara klar över orsaken till sårets uppkomst genom att göra en adekvat och tidsmässig utredning sparar mycket lidande, kraft och resurser.

Det är nödvändigt att behandlade vårdpersonal för ett resonemang med patienter om utredningsgång och behandlingsstrategi. Utredning och behandlingsstrategi ska var tydlig dokumenterad i en behandlingsplan

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.

Trots god vetenskap av nödvändighet i adekvat och tidsmässig utredning av kroniska bensår, visar detta kvalitetsarbete att det krävs ett standardiserat tillvägagångsätt i handläggning av denna grupp. Vid kommande samverkansmöte mellan vårdpersonal (2/2-2026) tas fram ett flödesschema beträffande handläggning av kroniska ben sår. Hur dokumentation av genomförd utredning och behandlingsplan görs i TC förmedlas. Därtill diskuteras när externkompetens (kärlkirurg, hudläkare) ska kopplas in.

**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.slo@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.slo@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.