

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: ABI (ankeltrycksindex) på patienter med svårläkta sår.

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn Rudans Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Katrina Dee
Verksamhetschef Anna Schwartz	Verksamhetschefens e-post anna.schwartz@ptj.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Anna-Karin Olmarker	Kontaktpersonens e-post anna-karin.olmarker@ptj.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

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: Anna-Karin Olmarker

Profession: Distriktssköterska

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.

- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

Anna-Karin Olmarker, distriktssköterska.
Anna Schwartz, verksamhetschef och distriktssköterska.
Andrei Taraikouski, MLA.
Caroline Lindholm, vårdadministratör.

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

Genom att intervjua patienterna samt planera åtgärder med kostanamnes, smärtanamnes och rehab. Uppföljande samtal kring patientens upplevelser och behov angående sårdiagnosen med fokus på nutrition, smärta och rörelse samt livskvalitet.

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.

I nuläget har vi ej diagnos- och KVÅ-kodat korrekt, vilket ej ger tillräcklig kontroll över sårpatienterna.

Strukturerad såranamnes förutsätter rätt dokumentation och diagnoskod samt KVÅ-kod. Bättre kontroll över samtliga sårpatienter. Samtliga patienter med svårläkta sår ska bedömas med ABI, det vill säga sår som inte läkt eller förväntats läka inom 4–6 veckor. Uppföljning via Medrave.

Med detta vill vi öka patientsäkerheten och bidra till bättre livskvalitet hos våra patienter. Åtgärden blir också fördelaktigt ur ett kostnadseffektivt perspektiv.

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.

ABI hos patienter med svårläkta sår.

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:

Högre patientsäkerhet samt patientkvalitet. Korrekt diagnoskodning och KVÅ-kodning. Fler ABI-undersökningar samt utförligare patientdokumentation.

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/>

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: Få ABI-mätningar enligt Medrave.

1.1: Utföra fler ABI-undersökningar samt KVÅ-koda korrekt.
1.2: Ny rutin som samtlig personal är involverade i samt repetition och genomgång av rutinen på samtliga personalmöten.
1.3: Kontinuerlig uppföljning med statistik med hjälp av Medrave.

2: Ej korrekt diagnos- samt KVÅ-kodning av sår.

2.1: Utbildning i diagnoskodning.
2.2: Hjälpmedel såsom lathundar till samtlig personal
2.3: Uppföljning via statistik i Medrave.

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.

	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	<i>Antal patienter med sår diagnos.</i>	25 stycken	2025-02-27	50 %	Medrave	<i>December 2025.</i>
Indikator 2	<i>ABI-undersökningar</i>	7 %	2025-02-27	50 %	Medrave	<i>December 2025.</i>
Indikator 3						
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?

Ny rutin – Ska påbörjas v.10 av verksamhetschef och vårdadministratör. Information till samtlig personal på APT i slutet av mars samt utbildning i diagnoskodning.

Statistikkontroll i Medrave görs jämna veckor av vårdadministratör med start i v.10.

Distriktssköterskan följer upp patienterna samt utför ABI. Har utökat omvårdnadsansvar för samtliga sårpatienter på vårdcentralen.

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

Vi påbörjade förbättringsarbetet med att granska via Medrave, PrimärvårdsKvalitet och granskat vilka patienter vi ej uppfyller kriterierna på. Vi utförde även journalgranskning samt uppföljning av diagnos-/KVÅ-kodning.

Under hösten har vi haft utbildningar för personalen som även deltagit på Sårbehandlingsdagen. Haft sårförbandsföretag hos som har föreläst om sårvård samt material. Vi har haft genomgång av förbättringsarbetet på APT samt personalmöten. Vi har även haft utbildning i diagnos-/KVÅ-kodning och kommer även ha detta igen under 2026.

Vi har skapat en sårvårdsrutin samt en sårvårdsgrupp. Förbättrat journalmallen för sårvård, då det saknades relevanta sökord såsom, ankelindex, nutrition, livskvalitet och fotodokumentation. Vi har även lagt till KVÅ-koderna AP032 - Dopplerundersökning (ABI) AP059 - Segmentell blodtrycksmätning under information i journalmallen.

Erbjudit fler patienter ABI.

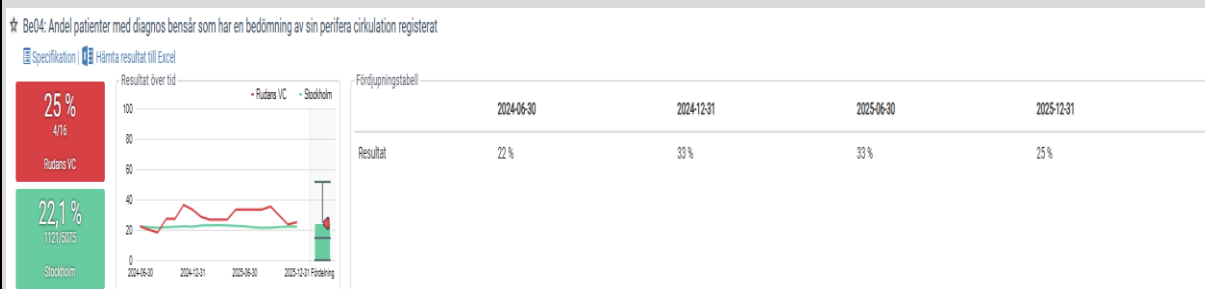
Vi har gjort om i vårt förråd och flyttat till ett större, vilket har skapat bättre struktur. Vi har gått igenom sortimentet och minskat på sårförband.

Vi har även bjudit in ett sårförbandsföretag för genomgång av material samt skapa struktur.

Följt rekommendationer enligt VISS.

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	Antal patienter med sårdiagnos.	25 st	2025-02-27	50 %	30 st	Medrave	2025-12-31
Indikator 2	ABI-undersökningar	7 %	2025-02-27	50 %	25 %	Medrave	2025-12-31
Indikator 3							

Indikator 4							
Indikator 5							
<p>Övriga kommentarer: 2025-12-31 hade vi 12 patienter med bensår, varav 2 stycken följer ej kriterierna. Vi hade 83% med andel patienter med bensår som har etiologisk sår diagnos. Andel patienter som gjort ABI: 75 patienter, varav 53 hos diabetessköterska och 20 stycken hos distriktssköterska.</p>							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
Blivit bättre på diagnos-/KVÅ-kodning för att lättare följa upp patienter med sår diagnos. Vi har skapat bättre rutiner för handläggning vid svårläkta sår. Blivit bättre på att dokumentera enligt journalmallen för sårvård.							
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?							
<i>Involvera patienten i vårdbehandlingen samt ta hänsyn till patientens önskemål för återbesök. Genomgång av sår läkningsprocess vid besöken samt nutritionsstatus och smärtanalys. Erbjuder ABI samt stöd via rehab, dietist.</i>							
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 kommer fortsätta att arbeta med svårläkta sår och ABI. Arbeta för att minska antibiotikaanvändningen vid svårläkta sår. Vi kommer även arbeta för att bli bättre på att följa rekommendationerna för sårodlingar. Fortsätta följa upp diagnos-/KVÅ-kodningen via Medrave. Patienter med sår diagnos ska bokas in till distriktssköterska för en första bedömning samt göra en vårdplan. Sedan ska man vid såromläggningar följa behandlingsrekommendationerna och vid svårläkta sår ska patienterna alltid bokas in till distriktssköterska för bedömning samt uppföljning. Arbeta mer i team för att förbättra patientsäkerheten samt sår läkningen. Delvis genom sårvårdsansvarig distriktssköterska.							
Vi kommer även följa upp patienter med bensår som ej har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerad. Denna information är hämtad från Medrave från 2025-12-31.							
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.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.							