

Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Bensår*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Våby Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Katrina Dee
Verksamhetschef Suzana Turkalj Pavlakovic	Verksamhetschefens e-post suzana.turkalj-pavlakovic@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Tina Toivonen	Kontaktpersonens e-post Tina.winell-toivonen@regionstockholm.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 forbattringsarbeten.apc.sls@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:
Tina Toivonen, dsk, tina.winell-toivonen@regionstockholm.se

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

Tina Toivonen ,Distriktsköterska
Maria Almqvist, Sjuksköterska
Hana Matti, Undersköterska
Sher Bakhtiar, ST-läkare
Verksamhetschef Suzana Turkalj Pavlakovic

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

B:

I första hand fråga patienter i samband med deras besök på mottagningen eller i samband med hembesök.

Frågeformulär i höst till patienter

Fråga patienterna vad de önskar för information om bensåren

Utforma/hitta patientinformation

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.

Patienter med bensår är en stor patientgrupp på vår vårdcentral, likväl patienter som kommer till mottagningen som våra patienter inskrivna i hemsjukvården. Vi anser oss vara bra på att omhänderta dessa patienter men vi har kommit fram till att vi saknar struktur i hur vi skall arbeta med dessa patienter. Det vill säga att vi saknar ett strukturerat arbetssätt vad gäller journalföring, diagnosättning, samt kontinuitet. Även att vi inte i tillräcklig utsträckning utför ABI, som en del i att sätta rätt diagnos på våra sårpatienter.

76,6 % av våra patienter med bensår har en etiologisk diagnos, dock skall det tilläggas att dessa siffror återspeglar endast 13 patienter av totalt 17, jämfört med Stockholm där 73,2% har en etiologisk diagnos dock är patientantalet mycket högre: 2264 av totalt 3094.

Endast 20,7% av patienterna har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat, vilket vi anser är för låga siffror i kan medföra att vi missar vad patientens bensår kan bero på samt riskerar att felbehandla patientens sår. I längden vill vi minimera risken för komplikationer samt recidiv och så klart få dessa sår att läka.

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.

Bensår, svårålkta eller kroniska

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:

Att 80 % av våra patienter med bensår skall ha en etiologisk diagnos

Att 50% av dessa patienter skall vi ha utför ABI på.

Att 50% av patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat.

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: Brist på strukturerar arbetssätt

Ta fram en arbetsmall så alla på arbetsplatsen arbetat på samma sätt
När skall vi göra vad, vem skall göra vad osv

2: Brister i journalföring, standardiserat arbetssätt

Utbilda personal som journalför att använda rätt journalmall och sökord

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/verktyslada-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 snabbspirometrier 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 snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat	20,7%	2025 02/28	50 %	Medrave	Dec, 2025
Indikator 2	Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling	0%	2025 02/28	50%	Medrave	Dec. 2025
Indikator 3	Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos	76,5 %	2025 02/28	80%	Medrave	Dec. 2025
Indikator 4						T.ex. dec 2025
Indikator 5						T.ex. dec 2025

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.

Uppföljning var 3:e månad på indikatorerna.

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/verktyslada-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?

Planering:

Vi planerar att ta fram en mall, rutiner för hur vi ska omhänderta samt arbeta med våra bensårspatienter. Till exempel när ska vi göra ABI, diagnoskriterier, fotografering av såret ect. Detta då vi tror att det kommer att vara behjälpligt till att uppnå våra mål.

Denna rutinmall skall vår ST-läkare ta fram tillsammans med oss andra deltagare.

Vi tänkte även ha en genomgång av journaler och journalmall för att se vad vi behöver förbättra, vilket vi sköterskor kommer att göra. Samt att utbilda alla så vi kan utföra ABI korrekt.

Undersköterska i hemsjukvården och mottagningen hjälper med informationsöverföring till hemsjukvården.

Presentation av förbättringsarbetet på APT 26/3

Utbildning i ABI metodik + journalföring vid 2 tillfällen ssk/dsk + usk

Ev ta kontakt med APC

Diagnossättning + KVÅ -kodning ta hjälp av medicinska sekreterare

Sårbehandling för äldre – Lärtorget

Undernäring Trycksår Fall - Lärtorget

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

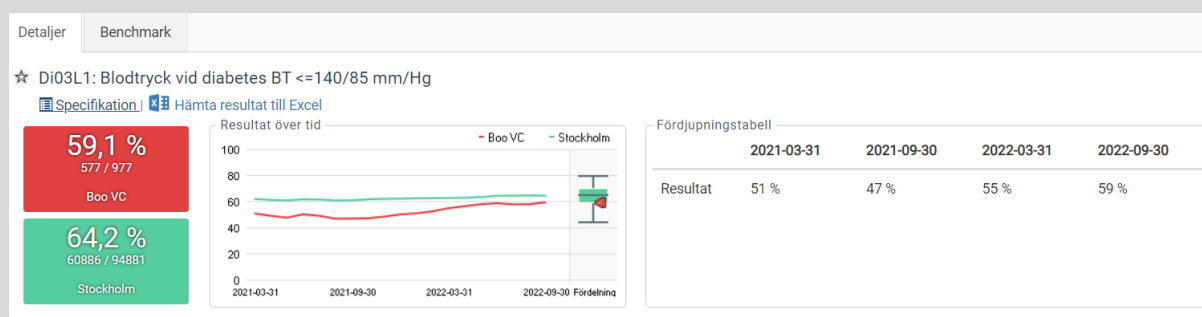
ST-läkaren tog fram en sårvårdsrutinen för att få bättre och jämlik sårvård av patienter både på mottagningen och i hemsjukvården, se bifogad fil 1. Denna rutin var hens kvalitetsarbete i slutet av ST-utbildningen.

Förbättringsarbetet om kroniska bensår presenterades på APT i mars. Sårvårdsrutinen och diagnossättning, inkl KVÅ kodning, presenterades med information om varför det var viktigt att sätta dessa. Alla undersköterskor och sjuksköterskor fick under våren utbildning i hur man gör ABI. För att förbättra dokumentationen av sårvården gick en av sjuksköterskorna igenom sårjournalen med undersköterskor och sjuksköterskor vid 2 tillfällen. Vi ser dock att timanställda undersköterskor i hemsjukvård inte kom med i detta arbete i önskad utsträckning. Vi upplever att det är lättare att följa sårets utveckling när man träffar patienter som man tidigare inte träffat.

Utbildningarna på Lärtorget – ”Sårbehandling för äldre” och ”Undernäring, Trycksår Fall” för undersköterskor och sjuksköterskor var tänkt att göras under hösten, men de gjordes ej. Under vintern 2025 delades patientenkät ut till samtliga patienter som hade bensår, se bilaga 2. Vi fick 100% svarsfrekvens och majoriteten av patienter var mycket nöjda med vården. Vi har tagit fram skriftlig patientinformation som ska sammanställas och delas ut till patienterna.

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 med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat	20,7%	2025 02/28	50%	42.9%	MedRave	2025 12/31
Indikator 2	Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling	0%	2025 02/28	50%	75%	MedRave	2025 12/31
Indikator 3	Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos	76.5%	2025 02/28	80%	85.7%	MedRave	2025 12/31
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Arbetet med förbättringsarbetet stannade delvis av efter sommaren på grund personalfrånvaro, vilket vi ser är en av orsakerna att vi inte har nått målet gällande etiologi.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Skapandet av tydliga rutiner vid sårvård har lett till bättre struktur i behandlingen av bensår, lättare att följa sårets utveckling när det är längre behandlingstider och flera personer som gör såromläggningarna. Vi har förbättrat teamarbetet mellan dsk/usk samt mottagning/hemsjukvård. Vi har under arbetets gång har vi insett vikten av att ständigt informera och utvärdera för att nå ett resultat, då arbetet stannade av under sommaren och hösten på grund av sjukdom. Vi ser att vi behöver förtydliga fortsatt arbete i team och förtydliga vem som gör ABI och på vilken indikation. Vi behöver fortsätta att utbilda oss gällande bensår.

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?

Arbetet med strukturerade frågor/enkät till patienterna kom igång sent på grund av sjukdom. Enkäten delades ut till patienterna som hade bensår i december. De visade att nästan alla patienter var mycket nöjda eller nöjda med vården, men vi ser att vi kan utveckla patienternas deltagande mer 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.

Vi planerar att uppdatera sårvårdsrutinen gällande AB, vem som ska göra det och på vilka patienter. Vi har sett att detta har varit otydligt i rutinen. Vi planerar att be en föreläsare från Sårcentrum komma och föreläsa om bensår. Undersköterskor och sjuksköterskor rekommenderas uppdatera kunskapen om bensår via APCs föreläsning, Svårläkta sår. Vi kommer att ge enkäten till samtliga patienter med nyuppkomna bensår vid första besöket och sedan följa upp med ny enkät efter avslutad behandling eller 6-8 veckor, om såret fortfarande inte är läkt.

Spara detta doku

ment 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 förbättringsarbeten.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.