

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Sårbehandling

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Gröndal Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Rojin Rajabian
Verksamhetschef Merna Suberkli	Verksamhetschefens e-post Merna.Suberkli@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Kristian Hjortaas	Kontaktpersonens e-post Kristian.hjortaas@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:
Namn: Kristian Hjortaas
Profession: 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:

Kadi Lindman, ssk
Alexandra Bender, dsk
Lena Johansson, usk

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

B:

Önska om att involvera patienterna via patientinformation på besök. Inkludera dom i sin sårbehandling. Varför man behöver kompression, borde sluta röka, använder material på sår som man gör. Information om när dom ska söka vid infektion.

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.

Nuläge: Patienten tar kontakt med vårdcentralen, eller får remiss in. Bokas först in till sköterska för bedömning. På besök kartläggs vad för sår de söker för (traumatisk, diabetes, arteriell, malignitet). Tas kort. Följes så hos sköterska till såret har läkt. Vid försämring, eller utebliven bättring tas kort på ny och läkare konsulteras. Odling vid tecken till infektion och AB övervägs. Vid utebliven effekt, remiss till sårcentrum.

Förbättringspotensial:

- *Patienten möter flera olika sköterskor. Inte alltid en ansvarig sköterska.*
- *Patienten kan behöva uppföljning, men tid finns ej*
- *Sårplanen ändras undervägs utan att det dokumenteras varför.*
- *Internundervisning om sår / fall genomgång av patienter. Sårforum saknas*

Önska om att uppnå:

- *Planera besök 1 månad framåt vid varje besök. Bättre tillgängligheten.*
- *Bättre efterlevelse av sårplan lagt av sköterska. Vid ändring tydligt dokumentera motivationen bak varför man ändrar planen.*
- *Lägre tröskel för remiss till sårcentrum / bättre rutin på när man ska skicka vidare.*

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.

Förbättra behandlingen av sår hos patienter på Gröndal VC.

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-forbattringstrappa/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

- **Minska antibiotikaförskrivning**
- **Bättre/snabbare läkning av sår**
- **Bättre kontinuitet. Planera för besök 1 månad fram i tid.**
- **Följa sårordination och motivera i journal vid ändring av behandling.**
- **Inkludera och motivera patient för bättre compliance.**

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-forbattringstrappa/>
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

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: Kontinuitet och planering

1.1: Planera längre fram vid besök (1 månad).
 1.2: Namngiven huvudansvarig sköterska och dokumentera detta i journal.
 1.3:

2: Minska förskrivning av antibiotika

2.1: Konsultera läkare vid önske om odling.
 2.2: Klara riktninglinjer på när odling tas.
 2.3: Lägga om mer med antibakteriellt förband, samt tätare besök vid försämring.

3: Följa sårordination

3.1: Vid ändring motivera detta i sårjournalen.
 3.2: Konsultera huvudansvarig sköterska vid frågor.
 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.akademiskprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/>

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 "balanserade 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 start- läge	Mål (% eller anta l)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå mål- värdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med sår som behöver behandling med antibiotika</i>	26,5%	Feb 2025	20%	Medrave, primärvårdskvalitet, bensår, Be05. Antibiotikabehandling vid bensår. Summerat senaste två kolonner för att få fram hur det har gått ut senaste året ((8+17/5+4)).	<i>April 2026</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter med venösa bensår som har fått KVÅ kod för kompressionsbehandling</i>	11 %	Feb 2025	35%	Medrave, primärvårdskvalitet, bensår, Be03 Andel pat. med venösa bensår som har kompressionsbehandling. Summerat senaste två kolonner för att få fram hur det har gått ut senaste året (1/(5+4)).	<i>T.ex. dec 2025</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos</i>	76,5%	Feb 2025	80%	Medrave, primärvårdskvalitet, bensår, Be02 Andel pat med bensår som har etiologisk	<i>T.ex. dec 2025</i>

					diagnos. Summerat senaste två kolonner för att få fram hur det har sätt ut senaste året ((15+11)/(13+21)).	
--	--	--	--	--	---	--

Kommentar (valfritt): Fokus på nästa möte är att hitta tal på indikator 2+3.

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-forbattringstrappa/>

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 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 sen kan fyllas på under arbetets gång.

- Träffas för genomgång av teamet. Kartlägga kompetens. Ser över existerande sårrutin
- Anmäla samtliga i arbetsgruppen till online kurs i Sårbehandling via APC.
- Kristian ser på MedRave med Ellinor. Hur är läge i dag?
 - o Vald att ta bort två indikatorer som var svåra och mycket tidskrävande att hitta tal på i Medrave.
- Nytt möte - planlägga föredrag för resten av vårdcentralen efter genomförd kurs via APC.
 - o Kristian gör PPT, håller i kurs. Kadi och Alexandra deltar aktivt undervägs.
 - Kurs genomförd för undersköterskor och sköterskor på VC+hemtjänst.
 - Kurs genomförd för läkargruppen (Kristian gör denna själv).
- Nytt möte för arbete kring ny sårrutin.
 - o Ändrar basbedömning.
 - o Alltid konsultera läkare innan sårodling.
 - o Alltid kontakta husläkare när basbedömning är genomförd.
 - o Låg tröskel för sambedömning läkare/sköterska
 - o Alltid mäta AAI, glucos, temp och fota vid svårsläkt sår.
- Sårrutin levererat till chef på VC. Önska om revision.
- Möte för att gå genom resultat 1 år efter uppstart förbättringsarbete.

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

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 har:

- Kartlagt kompetens på vårdcentralen. Tagit med personal med redan god kompetens i vår arbetsgrupp.
- Sett på vad som fungerar bra och mindre bra med dagens praktik. Snabbt avtäckt att vårdcentralens sårutin var utdaterat.
- Haft utbildning av arbetsgruppen med föreläsning om sår från Akademisk Primärvårdcentrum med efterföljande diskussioner och genomgång i arbetsgruppen.
- Utarbetat preliminär ny sårutin.
- Hållit föredrag för kollegor om sår, diagnostik och behandling med avslutande diskussion inklusive inspel till ny sårutin tidigt höst 2025.
 - o Ett föredrag av läkare till läkargruppen.
 - o Ett föredrag av läkare till sköterskor, undersköterskor och för vårdpersonal i hemtjänsten.
- Nytt föredrag med fokus på sår vid planeringsdag i dec. 2025.
- Försökt implementera ny sårutin. Reviderat denna undervägs.

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med sår som behöver behandling med antibiotika	26,5%	Feb 2025.	20%	21,4%	Medrave. Primärvårds kvalitet, bensår, Be05. Antibiotikabehandling vid bensår. Summerat senaste två kolonner för att få fram hur det har sett ut senaste året $((16+12)/(3+3)) = 21,4\%$.	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Andel patienter med venösa bensår som har fått KVÅ kod för kompressionsbehandling	11 %	Feb 2025.	35%	0%	Medrave. Primärvårds kvalitet, bensår, Be03 Andel pat. med venösa bensår som har kompressionsbehandling. Summerat senaste två kolonner för att få fram hur	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året

						det har sätt ut senaste året $((0+0)/(3+3)) = 0\%$.	
Indikator 3	<i>Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos</i>	76,5%	<i>Feb 2025.</i>	80%	76,5%	<i>Medrave. Primärvårds kvalitet, bensår, Be02 Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos. Summerat senaste två kolonner för att få fram hur det har sett ut senaste året $((4+4)/(19+15)) = 23,5\%$ $23,5-100 = 76,5\%$.</i>	<i>T.ex. dec 2025</i>

Övriga kommentarer:

Indikator 1:

Ser en nedgång i användning av antibiotika från 26,5% till 21,4%.

Indikator 2:

Vid genomgång av journaler visar det sig att samtliga 6 patienter med venösa bensår har fått/får rätt behandling med kompressionsbehandling. KVÅ kod saknas dock för samtliga patienter senaste året.

Indikator 3:

I utgångspunkt redan hög andel patienter med bensår som hade etiologisk diagnos. Oförändrad andel sen förra året.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att vår praktik kan ändras och förbättras genom målriktat arbete. Alla vårdgivare på vårdcentralen spelar en viktig roll när ett gemensamt mål ska nås. I vårt arbete var en klar strategi att öka kompetensen till samtlig personal vid vårdcentralen. Antibiotikaförskrivningen till patienter med bensår har senaste året reducerats från 26,5% till 21,4% vilket vi är mycket nöjda med.

I början tänkte vi att rätt KVÅ kod för kompressionsbehandling vid venösa bensår var en viktig indikator för att säkerställa att rätt behandling med kompression ges till patienterna med diagnosen venösa sår. Efter journalgranskning har i realiteten 100% av våra patienter vid Gröndal VC med diagnosen venöst bensår senaste året fått rätt behandling med kompressionsbehandling. När vi ser tillbaka på vårt arbete är det klart att vi ej har fokuserat nog på denna indikator. Detta önskar vi ändra så vi kan nå vårt mål på 35%.

Vi har också lärt oss att arbete med förbättringsarbete kan vara ett roligt och fint sätt att styrka känslan av gemenskap och trivsel på vårdcentralen. Genom arbetet har vi avtäckt ett önska från båda sköterskor/undersköterskor och läkare om ett tätare samarbete kring patientgruppen med bensår. Sköterskor/undersköterskor har varit rädda för att störa läkaren, och läkaren har saknat återkoppling när patienter på deras lista fått ett svårslakt sår. Vår nya sårrutin har fokuserat på att sänka tröskeln för att höra av sig vid behov och förbättra teamarbete kring patienten med bensår.

Också lärd oss att kontinuerlig uppföljning, ändring av praktik vid behov och kontinuerlig utvärdering är viktiga verktyg för att nå de mål vi sätter oss.

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?

Vi har fått på plats en god dialog med patienter som behandlas med kompressionsstrumpor. Compliance är här en känd problematik. Genom rätt diagnos har det varit lättare att motivera behandlingen och vårt intryck är att compliancen med kompressionsstrumpor har blivit bättre för patienter med venösa bensår. Genom en mer omfattande basbedömning har en märkt ett ökande intresse från patienterna kring sårsläkningen. Bättre förståelse av viktigheten av egenvård och klarare instruktioner kring tecken till försämring som ska medföra snabbare återbesök. Vi tror att tryggare och mer kompetent vårdpersonal har gett tryggare patienter.

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 önskar försätta vårt arbete med mål om att ge morgondagens patienter ännu bättre vård. Vår sårrutin är aktuellt under ny revision. Vid nyanställningar önskar vi att vår nya sårrutin går genom med ny personal. Vi önskar också vidare försöka nå vårt mål på 35% för indikator 2.

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.siso@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.