

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Bensår

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Gärdets vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Marie Leifsdotter	Verksamhetschefens e-post marie.leifsdotter@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Nathalie Dzabic – del 2 Emilia Eklund – del 1	Kontaktpersonens e-post Nathalie.hollink-dzabic@regionstockholm.se Emilia.eklund@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.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 [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 arbetssätt). 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: Nathalie Dzabic – del 2 (Emilia Eklund – del 1)
Profession: Specialistläkare (ST-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

Marie Isaksson, Undersköterska  
Emilia Eklund, ST-läkare i allmänmedicin  
Nathalie Dzabic, specialistläkare i allmänmedicin

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

B: Som del i förbättringsarbete planerar vi att ta fram frågeformulär som ges i samband med besök hos sköterska för såromläggning med frågor kring läkningshämmande faktorer (ex. rökning, smärtegrad, nedstämdhet/ensamhet). Samtidigt tänker vi efterfråga eventuella synpunkter eller önskemål hos patienterna vad gäller behandling av bensår på Gärdets vårdcentral.

### **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.**

På Gärdets vårdcentral har det sedan ett bra tag tillbaka efterfrågats en rutin kring våra bensårspatienter och en kontinuitet när det kommer till läkarkontakt. Vi tänker att detta är viktigt för att inte utredning av etiologi ska fördröjas/missas och fördröja sårsläkningen ytterligare. Nu har sköterskekollegor (som deltar i detta förbättringsarbete) arbetat fram ett rutindokument, men som väntar på att ev. revideras/godkännas.

Enligt Medrave hade vi under 2024 26 pat med bensårsdiagnos (vi gick igenom och valde ICD-koder L979, L979X, I702A, I702C, I830 och I832). Frågan är om vi verkligen sätter rätt diagnos på samtliga bensårspatienter, möjligen att vissa får diagnoser som t.ex. L984A Hudsår.

I primärvårdskvalitetsregistret presterar vi sämre avseende andel av bensårspatienter med etiologisk diagnos, 68,4 % jämfört med 73 % i snitt i region Stockholm.

Vi presterar även sämre när kommer till andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat (ABI eller tåtrycksmätning, senaste 18 månaderna). Där ligger vi på 19,2 % jämfört snitt i Region Stockholm 22,7 %.

Då vi kollar i Medrave under benartärsjukdom ser det ut som att vi har 3 st registrerade ABI-index under 2024.

Vad vi vill åstadkomma är att etablera en god rutin kring våra bensårspatienter där vi noterar och motarbetar de läkningshämmande faktorer som finns, utreder vidare och åtgärdar i tid för att patienternas sår ska läka så snart som möjligt och därmed öka våra patienters hälsa.

### 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 – handläggning och utredning enligt goda rutiner/aktuella riktlinjer.*

### 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:**

### Målet med förbättringsarbetet bensår 2025 på Gärdets VC är att:

- Bensårspatier ska erhålla rätt diagnos med etiologi.
- Se över och eventuellt revidera lokal rutin och etablera denna.
- Öka kunskap kring behandling/handläggning av bensår i sköterske- och läkargrupp på vårdcentralen.
- Öka antal bensårspatienter med etiologisk diagnos och registrerad bedömning av perifera cirkulationen till snitt i nivå med Region Stockholm.
- Öka antal kontroller av ankel-brachialindex (ABI).

### 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: Ev. fel diagnossättning. Etiologi anges ej/ej utredd.

1.1: Skapa mall med ICD-koder vid bensår inklusive diagnos för etiologi  
1.2: Förbättra rutin kring t.ex. när bensårspatient ska träffa läkare och vad ska utredas hos sköterska, inklusive när ABI ska tas.  
1.3: Öka kunskap genom digital utbildning/update hos sköterskor som sysslar med såromläggning. Utbilda läkare under läkarmöte.

2: Avsaknad av rutin/etablerad rutin kring när bensårspatienter ska träffa läkare.

2.1: Se 1:2.  
2.2: Se 1:3  
2.3: Revidera/godkänna rutindokument kring handläggning av bensårspatienter på Gärdets vårdcentral.

3: Öka kunskap hos personal (sköterskor och läkare)

3.1: Digital utbildning/update för sköterskor.  
3.2: Utbilda läkare under läkarmöte.  
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 processmåten 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 bensårspatienter med etiologisk diagnos</i>	68,4 %		Minst 73 %		<i>T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter som har registrerad bedömning av perifer cirkulation.</i>	19,2 %		Minst 22,7 %		<i>T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal sköterskor som utför såromläggningar som genomgått digital utbildning?</i>	6/11 st		11/11 st		<i>T.ex. dec 2025</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal patienter med bensårsmått</i>	26 st		>26 st		<i>T.ex. dec 2025</i>
<b>Indikator 5</b>						<i>T.ex. dec 2025</i>

**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?

*1: Möte med delaktiga i förbättringsarbetet för att se över dokument kring rutin för bensårsbehandling, samt få detta godkänt medicinskt ansvarig läkare på vårdcentralen. Planeras under mars månad.*

*2: Utarbeta formulär att ge bensårspatienter. Planeras under mars månad.*

*3: Usk Marie delar ut formulär i samband med patientbesök hos bensårspatienter.*

*4: Utfallsmått kontrolleras en gång per kvartal av ST-läkare Emilia.*

*5: En gång per kvartal möte/avstämning bensårsteam för analys utfallsmått, uppföljning av planering och justering handlingsplan.*

*6: Utbilda/uppmärksamma personal på bensårsrutin. Planeras under mars-april.*

*7: I maj digital utbildning/update för sköterskor som handlägger bensår.*

**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](mailto: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

I mars 2025 genomfördes planeringsmöte med delaktiga i förbättringsarbetet. Framtagen rutin för bensårsbehandling på vårdcentralen slutbehandlades och lämnades till medicinskt ledningsansvarig läkare för godkännande. Den nya rutinen gicks gemensamt igenom vid ett APT-möte. Samtliga läkare och sköterskor läste igenom rutinen och har signerat att det har tagit del av innehållet.

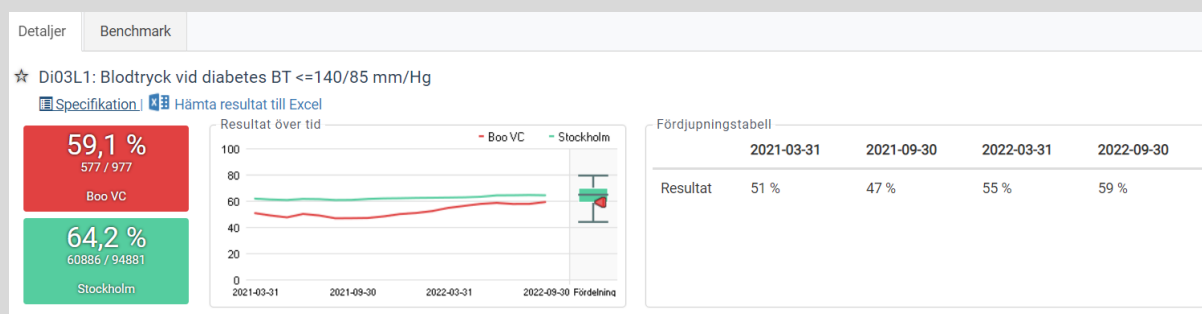
Internutbildning för hela vårdcentralen genomfördes i samband med arbetsplatsträff. Sköterskor som deltar i sårvård på vårdcentralen genomförde digital utbildning så att nu 10 av 11 sköterskor har gjort utbildningen. Digital utbildning i sårvård erbjuds igen våren 2026 och då kommer den som ännu inte gjort utbildning samt de som behöver uppdatera sig på nytt att genomföra utbildningen.

En patientenkät innehållande fyra frågor om 1) skattning av smärta, 2) kost, 3) rökning och 4) nedstämdhet och/eller ensamhet i vardagen med minskad energi och/eller lust till aktiviteter togs fram. I enkäten efterfrågades också patienternas synpunkter/åsikter kring vården av bensår på vårdcentralen. Enkäten lämnades ut av undersköterska till patient som fick bensår omlagt under vecka 20 och 21 samt vecka 42 och 43. Fyra enkätsvar lämnades åter under respektive undersökningsperiod. Enkätsvaren gav bra information som kunde följas upp av sköterska för optimering förutsättningar för sårsläkning. Enkäten togs emot positivt av patienterna.

Avstämningsmöte med delaktiga i förbättringsarbetet genomfördes två gånger under året.

## 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
<b>Indikator 1</b>	Andel bensårspatienter med etiologisk diagnos	65 %	2024-12-31	Minst 73 %	81,5%	Primärvårds-kvalitet	2025-12-31
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter som har registrerad bedömning av perifer cirkulation.	17,2%	2024-12-31	Minst 22,7 %	18,2%	Primärvårds-kvalitet	2025-12-31
<b>Indikator 3</b>	Antal sköterskor som utför såromläggningar som genomgått digital utbildning?	6/11 st	2024-12-31	11/11 st	10/11 st	Intern utbildningsdokumentation	2025-12-31

<b>Indikator 4</b>	<i>Antal patienter med bensårsdiagnos</i>	20 st	2024-12-31	>26 st	27	<i>Primärvårds-kvalitet</i>	2025-12-31
<b>Indikator 5</b>							

**Övriga kommentarer:**

Inför del 1 togs värden för indikatorer fram av ST-läkare som var initiativtagare till förbättringsarbetet. Dessvärre kunde vi vid uppföljningstillfället inför del 2 inte se exakt hur värdena tagits fram varför en ny sökning via Primärvårds-kvalitet i Medrave genomförts för både startläge och uppföljning resultat. Resultat av ny sökning redovisas ovan och bild av diagrammen ses i slutet på dokumentet.

Indikator 2, andel patienter som har registrerad bedömning av perifer cirkulation, har inte förändrats. Vid insamling data för bedömning perifer cirkulation använder Primärdskvalitet sig av mätning av registrerade KVÅ-koder relaterade till ankelarmindexmätning (ABI). I rutinen på vårdcentralen ingår bedömning av perifer cirkulation genom undersökning av perifera pulsar och värdering symtombild och anamnes varefter ställning tas till om ABI ska mätas. Vid ABI-mätning på vårdcentralen brukar vi inte använda någon av de KVÅ-koder som avläses via Primärvårds-kvalitet. Vid journalgenomgång för de patienter som i statistiken från Primärvårds-kvalitet inte haft bedömning av perifer cirkulation noterades att majoriteten av patienterna hade en dokumenterad venös insufficiens som orsak till bensåren, att för de patienter som har en arteriell insufficiens har ABI-mätning genomförts de senaste fem åren och ny mätning har inte bedömts nödvändig, en del patienter hade sår som läkt i rimlig tid eller hade sår på annan kroppsdel än ben (diagnos hudsår) varför indexmätning inte behövt göras. I två fall har patienter vägrat vidare kärlutredning trots rekommendation om ankelarmindexmätning.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har under året lärt oss att sätta rätt diagnos vid handläggning bensår, att tidigt kartlägga etiologisk orsak till såret och sätta diagnos kopplat till det, att tidigare i förloppet boka till sjuksköterska/distriktssköterska för sårbedömning och ställningstagande till kärlutredning. Vi har ökat kunskapen om sårvård hos sköterskor och läkare.

En av målsättningarna med nya rutinen var att uppnå förbättrad kontinuitet avseende vem som lägger om såret och vem som bedömer såret (både sköterska och läkare). Vi strävar efter att boka omläggning till samma vårdpersonal över längre tid, men detta är periodvis svårt pga hur kalenderschema, söktryck och sjukfrånvaro ser ut. Vid försämring av sår är tanken att den läkare patienten är listad hos tillkallas för sårbedömning. Detta har inte skett i tillräckligt stor omfattning. Oftast har jourläkare, ibland flera olika jourläkare på en vecka, även fortsatt tillkallats för bedömning. Vid försämring av sår har vi kommit fram till att det vore bra att tillkalla den sköterskekollega (usk/ssk/dsk) som senast såg såret för att gemensamt värdera försämring innan man tar ställning till om läkare behöver tillkallas och för att hjälpas åt att planera hur optimera handläggningen av såret.

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?

Genom patientenkät fick vi värdefull information om faktorer som påverkar sår-läkningen så vi kunde följa upp och erbjuda information och stöd till patienten. Exempelvis kunde vi förbättra smärtlindring, ge kostråd och vid behov förskriva näringsdrycker samt att försöka motivera till rökstopp eller åtminstone minskning av rökning. Att identifiera nedsatt energi och lust är viktigt då det är förknippat med inaktivitet och försämrat mående.

Responserna vi fick på enkäten var positiv. Vi arbetar just nu med att se över hur vi kan strukturera att lämna ut enkäten som rutin i början av en bensårsbehandling och vid uppföljande tillfällen för utvärdering av förändringar.

Undersköterska började lämna ut rörelseprogram för fötter/underben till patienter och involverade patienterna i samtal om hur de kan öka sin fysiska aktivitet för att förbättra läkning.

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 kort påminna om innehållet i rutinen på bensårsbehandlingen på ett kommande APT. Att rutinen finns har på ett positivt sätt förenklat arbetet med bensårsbehandling genom att tydliggöra vad som ska göras, vem som ska göra det och när det ska göras. Det är viktigt att vi fortsätter att arbeta utifrån rutinen och det är av värde att en gång om året påminna om innehållet i rutinen eftersom långvariga sårbehandlingar på ett omfattande sätt påverkar patientens välmående samt belastningen på mottagningen.

Ansvariga för förbättringsarbetet föreslår att under 2026 genomföra intern mikroutbildning 5-10 minuter i samband med APT där sköterska med stor erfarenhet av såromläggning informerar om bensårsbehandling på olika teman (förslag på ämnen: arteriella sår, venösa sår, omläggningmaterial, faktorer som påverkar läkning, bedömning infektion vid bensår och ställningstagande till behandling mm).

Vi planerar att på nytt se över följsamhet till rutinen för vem som tillkallas först vid bedömning försämring av sår, både vad gäller tillkalla sköterskekollega respektive husläkare istället för jourläkare.

Vi planerar att se över hur vi kan förbättra förutsättningarna för att boka till samma sköterska för att ytterligare öka kontinuiteten för omläggningarna.

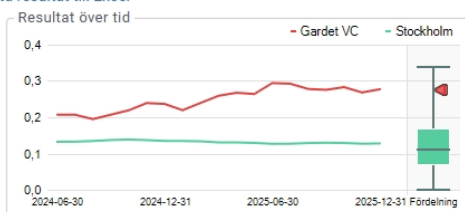
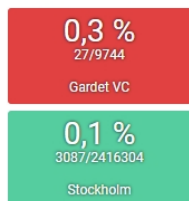
Vi planerar att följa upp hur vi kan använda oss av patientenkäten för att öka patientens engagemang i sin sårläkning.

**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 [forbattningsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.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.

## ☆ Be01: Förekomst av diagnos bensår

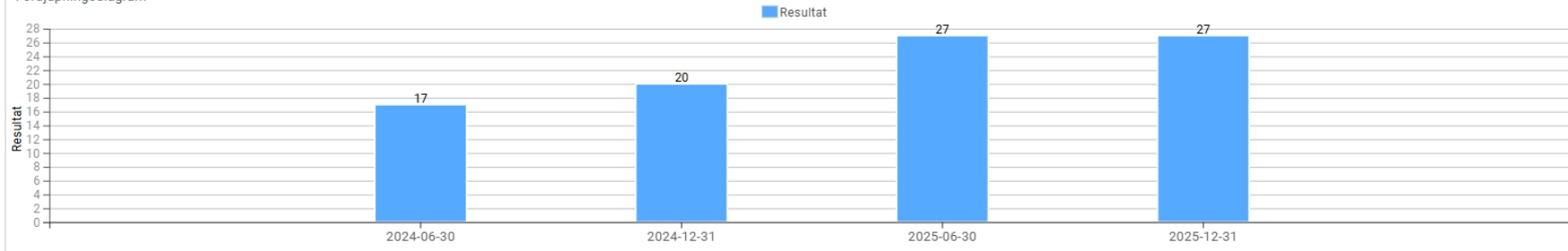
[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Fördjupningstabell

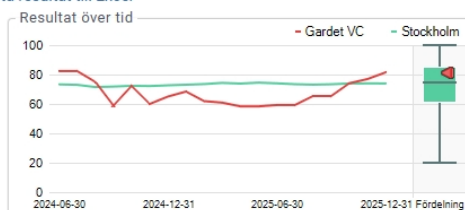
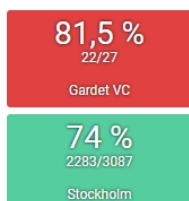
	2024-06-30	2024-12-31	2025-06-30	2025-12-31
Resultat	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %

Fördjupningsdiagram



## ☆ Be02: Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos

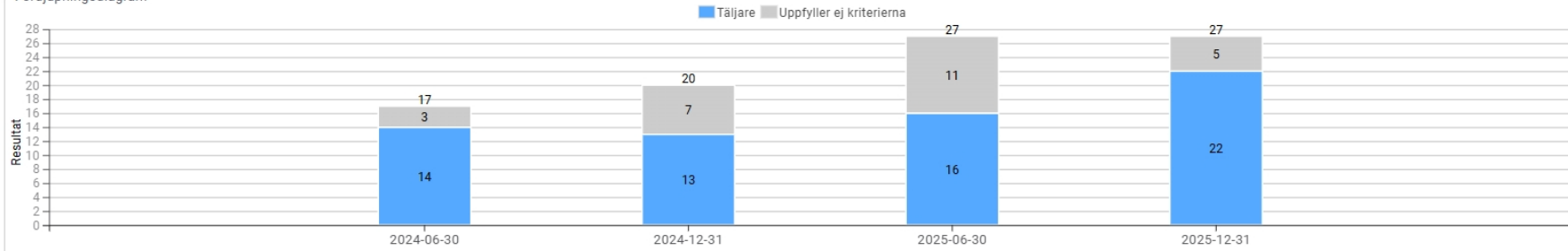
[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Fördjupningstabell

	2024-06-30	2024-12-31	2025-06-30	2025-12-31
Resultat	82 %	65 %	59 %	81 %

Fördjupningsdiagram

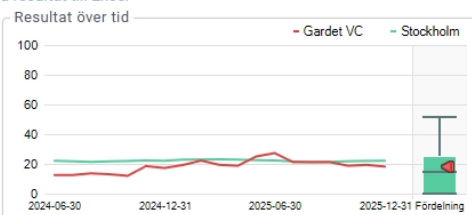


☆ Be04: Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registerat

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)

**18,2 %**  
6/33  
Gardet VC

**22,1 %**  
1128/5100  
Stockholm



Fördjupningstabell

	2024-06-30	2024-12-31	2025-06-30	2025-12-31
Resultat	12 %	17 %	27 %	18 %

