

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ektorps vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Pilhjersta	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: Bensår

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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2022**. Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

DEL 1 – Planen

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner

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

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.

SSK Nadia Laroussi; nadia.laroussi@regionstockholm.se

USK Suzanne Odenmam; suzanne.odenman@regionstockholm.se

ST läkare Vegard Kalderstad; vegard.kalderstad@regionstockholm.se

Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ektorps vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Pilhjerta	Aktnummer (ifylles av HSF)

Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför? Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja 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>

Vi har kunnat se i journaler att vi har många patienter med kroniska sår > 6 v, som inte är diagnosatta och utredda. Däremot kan inte vi hitta dessa patienter i Medrave då främst på grund av att vi inte använder gemensamma diagnos koder eller besöksorsaker.

Man kan också se att vi inte unisont använder samma typ av journalmall för sår dokumentation.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Strukturerat arbete med Kroniska sår

Steg 3 Övergripande mål – v

Kvalitetssäkrad diagnos, vård och behandling av patienter med kroniska sår.

Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från Medrave eller Primärvårds Kvalitet när ni skriver delmål.

Vi vill säkerställa diagnosättning och utredning av patienter med sår >6v

Systematisera dokumentationen över utredning, diagnos, behandling av patienter som haft/har kroniska sår > 6v, genom rätt användning av TakeCares journalmall för sår

Förbättring av journalmallen för sår som underlättar utredning, behandling samt att ta ut statistik.

Ökad patientsäkerhet genom att ovanstående mål nås.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ektorps vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Pilhjerta	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:
<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>
- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).
- a. Upprätta lokal rutin för kroniska sår, genom att ha en tydlig vårdplan för dessa patienter.
Öka antal genomförda adekvata utredningar, öka antal patienter med diagnossättning för sina kroniska sår, samt förbättra och systematisera dokumentationen för sårvård, för personalgruppen, genom lokala utbildningar, journalgranskning, kollegial auskultation samt reflektion.

b. Patienter med kroniska sår bokas till läkarbesök för utredning av orsak och därmed diagnossättning. Säkerställa att patienten har fått information av orsak samt förstått informationen. Ta reda på vad som är viktigt för patienten samt görs delaktig i val av behandling samt i genomförandet av vården

Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal satta diagnoser på <i>Diagnoskoder</i> L830 I702c L979, L974A, L984	L979 4 st L984 9 st Lp84A 9st I830 0 st I702c 0 st	2022-01-01	Ökat antal diagnoser	Medr ave	2022-12-31

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ektorps vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Pilhjerta	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 2	Så journal mallar. Sårlokation fritext	476	2022-01-01	Ökat antal	2022-12-31
Indikator 3	Ankel arm index höger Ankel arm index vänster	20 st 17 st	2022-01-01	Ökat antal	2022-12-31
Indikator 4					T.ex. dec 2022
Indikator 5					T.ex. dec 2022

Kommentar (valfritt):

Vi kommer att ta ut data 2 gånger under året. januari, september

Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Övergripande målsättning med förbättringsarbetet.

Utgångspunkten för förbättringsarbetet är att öka utredning och diagnosställningen av kroniska sår men även systematisera och kvalitetssäkra dokumentationen i journalen.

Förhoppningsvis leder detta till en lokal rutin kring sårvård, omhändertagande av patient med kroniska sår.

Vi började med att gå igenom statistiken för diagnosställning av sår via Medrave. Det framkom att antalet diagnoser i förhållande till antal besök för kroniska sår på vårdcentralen inte stämde överens.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ektorps vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Pilhjerta	Aktnummer (ifylles av HSF)

En journalgranskning genomfördes på vårdcentralens patientbesök för sår hos sjuksköterskor mellan 2021-10-01 och 2021-12-30.

Det framkom att dokumentation av sår utfördes i olika journalmallar. Fyndet ledde till en kompletterande målsättning med gemensam mall för alla sår.

INKA gruppen kontaktades för att göra tillägg och ändra i journalmall "Besök sårvård"

Vi gjorde även en sökning på hur många ankelarm- indexundersökningar som hade genomförts för den valda patientgruppen eftersom det kunde vara avgörande både för diagnosättning och val av behandling för såret.

Vi kände behov av att lägga till ett nytt delmål eftersom det var svårt att få fram korrekt antal genomförda ankel-armindexmätningar. Det vi kom fram till är att för att uppnå resultatet av ökat antal ankel-armindex utredningar och för korrekt diagnosättning, blir nu målet att utprova ny ankel-arm-index-utrustning och korrekt dokumentation av resultatet i journalen.

Delmål/indikatorer.

Vi valde att dela upp arbetet i 3 indikatorer.

Att fler patienter med kroniska sår har en sår diagnos (indikator 1)

Vi sammanställde diagnoserna som läkare och sjuksköterskor använder för sår.

Vi bestämde vilka specifika diagnoser som vi på vårdcentralen skall använda.

Därefter informerades alla medarbetare på ett APT samt på professionsgruppsmöten både skriftlig och muntlig vilka diagnoskoder som fortsättningsvis skall användas för kroniska sår.

Kvalitetssäkra och strukturera dokumentation av sår. (Indikator 2)

Alla sårbesök och handlingar ska dokumenteras i mallen Besök sår.

Journalgranskningen visade att det var svårt att följa sårvårds förloppet när man använde olika typer av journalmallar. Detta var även orsak till att statistik i Medrave blev "fel" dvs Medrave kunde inte hitta alla sår patienter.

Därför bestämdes användning av mallen "Besök sår" i TakeCare med vissa tillägg av sökord.

Vi kontaktade INKA gruppen för att ändra/lägga till i journalmallen.

Det informerades om på APT och sjuksköterskemöte om varför denna skall användas samt även om vikten att fylla i den så komplett som möjligt. Det bestämdes

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ektorps vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Pilhjerta	Aktnummer (ifylles av HSF)

också att den skall vara grunden för en arbetsbeskrivning för omhändertagande av sår på Ektorps Vårdcentral.

Öka antalet ankel armindex (indikator 3).

Under sökning i Medrave såg vi att antalet ankelarmindex inte var särskilt många. Det finns flera orsaker till detta. En orsak var att ankelarmindex inte dokumenterades på rätt och därför omöjliggjorde Medrave att hitta resultat. Eftersom ankelarmindex oftast beskrevs i fritext kunde inte underökningen och resultat plockas upp i statistiken.

En annan orsak var att när ankelarmindex remitterades till annan utförare, så kom svaret via en remiss och därmed dokumenterades det inte rätt i journalen, utan hamnade återigen i fritext.

En tredje orsak var att sjuksköterskegruppen upplevde att ankelarmindex undersökning var tidskrävande på vårdcentralen och att utrusningen inte var användarvänlig.

Dessa orsaker fördröjde diagnosställningen och eventuell rätt behandling av patientens sår.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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 som visar mätvärdena över tid)

Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultat-värdet
<i>Diagnoskoderna</i> I830 I702c L979 L984 Lp84A	0 0 4 9 9	202201 01 - 2022123 1	Öka antal satta diagno ser	1 10 244 1132 1048	<i>Medrave</i>	2022-12-31
<i>Sårjournal mallar gemensamma.</i>	476	202201 01	<i>Gemen sam mall sårdok ument ation</i>	1743	<i>journal granskning och Medrave</i>	

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ektorps vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Pilhjerta	Aktnummer (ifylles av HSF)

<i>Ankelarmindex</i>	<i>20 st + 17</i>	<i>20220101</i>	<i>Öka och underlätta utförandet</i>	<i>Inköp av ankelarmindex mätare, vilket ej är riktigt mätbart under perioden</i>	<i>Inköp, journalgranskning, Medrave</i>	<i>20221230</i>
<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>		<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>T.ex. dec 2022</i>
<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>Kopiera från steg 6</i>		<i>Kopiera från steg 6</i>	<i>T.ex. dec 2022</i>

Övriga kommentarer:

Se förändringar i målbeskrivning indikator 2 och 3.

Beslut togs att vi skulle prova en automatisk ankelarmindex - mätare.

Vi beslöt oss för att prova mätaren under några veckor tid och upptäckte att det både underlättade användningen och att det blev en snabbare genomförd mätning. Därför beslöt vårdcentralen att köpa in den automatiska ankelarmindex-mätaren.

Mätningarna journalförs direkt i mallen för "Besök sårvård" I mallen finns sökord för ankelarmindex redan inlagt efter kontakt med INKA gruppen och kopplas på så sätt till journalens mätvärden.

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. 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.

1 Vad har vi lärt oss

Vi tycker att vi lärt oss att man regelbundet behöver uppdatera sina rutiner kring dokumentation och flöden på vårdcentralen för att förbättra och utveckla för både vårdgivare och patient.

Vi tycker oss också se att ju bättre rutiner man skaffar sig runt en uppgift så ökar också intresset i hela personalgruppen att förbättra sina kunskaper i valda ämnet, så som tex sårvård och behandling.

Mycket av det som nu dokumenterats i nya journalmallen har gjorts tidigare, men på ett sätt att det varit svårt att kunnat följa förloppet.

Men dessa rutiner behöver ständigt uppdateras och man behöver hitta sätt och tidsutrymme att arbeta med att implementera ny kunskap i verksamheten.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ektorps vårdcentral	
Verksamhetschef Marie Pilhjerta	Aktnummer (ifylles av HSF)

**2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet?
Hur har arbetet strävat efter att ökapatienters delaktighet eller involvering i vården?**

Mycket i vårt förbättringsarbete har varit administrativa åtgärder, men förhoppningsvis leder dessa till förbättrad vård för patienten.

I och med tydliga åtgärder under besöket, tex mätning och bättre struktur, blir det naturligt att förklara för patienten varför man gör detta. Förståelsen hos patienten blir större när man får en naturlig förklaring på varför man behöver göra åtgärder som tex kompressionslindning på ett svullet ben. I och med ökad kunskap och förståelse hos patienten för sin behandling blir det lättare att motivera patienten till behandling som kan upplevas jobbig.

3 Vad har ni för plan framåt gällande detta område?

När det gäller resultatet av detta förbättringsarbete så tror vi att dokumentationen och diagnosättning kring sår kommer att bli tydligare och bättre. Vi har under arbetets gång förbättrat och ändrat till verktyg som kommit att leda till fler diagnoser och tydligare journalföring när det gäller sår. Vi tror och hoppas att detta skall leda till snabbare åtgärd och förbättring för patienten genom kortare vårdtid och därför minska lidandet för patienten. Vi kommer fortlöpande att omarbeta våra rutiner kring sår, eftersom det är ett arbete som inte är statiskt utan en ständigt pågående process. Under våren kommer sköterskorna på vårdcentralen att gå en kurs i sårvård.

Man kan tydligt se att de diagnosättningar som har ökat mest är dessa som sjuksköterskorna sätter på sina besök för omläggningar. De diagnoser som sätts av läkare sker ofta efter ankelarmindex men hade inte ökat så mycket. Efter inköpet av ankelarmindexmätaren, tror vi att det är något vi kommer arbeta med främst då mätaren är lätt att hantera för alla arbetsgrupper. Hela arbetet har öppnat ögonen för andra delar som kan förbättras inom mottagningens sårvård såsom tex material och intern utbildning.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se