

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Lisebergs vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Emma Gräf	

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

### del 1 och del 2: *Bensår*

#### 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.**

*Emma Gräf, specialist i allmänmedicin, [emma.graf@regionstockholm.se](mailto:emma.graf@regionstockholm.se)*

*Sara Jansson, specialist i allmänmedicin*

*Kaisa Virta, dsk*

*Nina Lönnngren, dsk*

*Lei Fong Lu, ssk*

*Anna Schmitz, dsk*

*Ana Maria Troilius, dsk*

*Charlotta Ljung, ssk*

*Anna Nylander, ssk*

*Märit Söderberg, diabetessjuksköterska*

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

**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.

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>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

*När våra resultat undersöks i medRave och PrimärvårdsKvalitet ser vi att vi har förbättrat siffror gällande de stora folksjukdomarna såsom hypertoni och diabetes. Vi har dock märkt i det kliniska arbetet att patienter med kroniska bensår upptar mycket tid och vårdinsatser, utan tydliga resultat. Dokumentationen kring dessa patienter speglar inte heller det arbete som görs, varför vi ser att detta är ett område där det finns en tydlig förbättringspotential.*

*Förekomst av diagnos bensår på Lisebergs vårdcentral har legat mellan 0,1-0,2 % under 2021. Det är lite högre än snittet för Stockholm. Andel av patienter med bensår som har etiologisk diagnos var 60% i januari -21 och 37,5% i december -21. Det totala antalet patienter var 16 st. Vi hade ingen bensårspatient under 2021 som hade KVÅ kod för kompressionsbehandling.*

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Lisebergs vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Emma Gräf	

<b>Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete</b>
Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?
Temat för arbetet är dokumentationen och vården av patienter med kroniska bensår.
<b>Steg 3 Övergripande mål</b> – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)
Vi vill förbättra dokumentationen kring vården av patienter med kroniska bensår för att tydliggöra viktiga delar i utredning och behandling och för att kunna följa de insatser som görs. Detta för att kunna förbättra omhändertagandet av patienter med kroniska bensår. Kroniska bensår påverkar patienters livskvalitet och kan leda till multipla komplikationer. Vården av dessa patienter kräver tidskrävande insatser. Med mer standardiserad dokumentation kan vården av dessa patienter förbättras. Detta i sin tur kan minska lidandet för patienten samt frigöra tid för vårdenheten att bedriva vård.
<b>Steg 4 Specifika delmål</b> – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.
<p><i>Öka andelen patienter med en sårjournal.</i></p> <p><i>Öka andelen patienter med standardiserad dokumentation av Ankelindex.</i></p> <p><i>Öka andelen patienter med dokumenterad kompression lindning (KVÅ kod).</i></p> <p><i>Öka andelen patienter med etiologisk diagnos.</i></p>
<b>Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)</b>
<p>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 det så kallade "fiskbensdiagrammet" eller "orsak-verkan-diagram" för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:</p> <p><a href="http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html">http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html</a></p> <p>b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?</p>
<p>a. <i>Skriva ett dokument gällande vad som bör ingå i vården av patienter med kroniska bensår. Gå igenom detta och hur dokumentationen av patienter med kroniska bensår ska utföras på distriktläkar/distriktsköterska möte.</i></p> <p>b. <i>Involvera patienten genom att fråga patienten 'upplever du att du fått information om vad som orsakar bensåret och vad du och vården kan göra för att främja läkning?' och dokumentera i sårjournalen.</i></p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Lisebergs vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Emma Gräf	

**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. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med bensår och upprättad sårjournal	1/19, 5,2%	1/2	60%	medRave	<b>221231</b>
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med bensår och dokumenterad Ankelindex	2/19, 10,5%	1/2	40%	medRave	<b>221231</b>
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med bensår och KVÅ Kompressionsbehandling	0%	1/2	20%	PVQ	<b>221231</b>
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med bensår och etiologisk diagnos	6/16, 37,5%	1/2	60%	PVQ	<b>221231</b>

**Kommentar (valfritt):**

**Gällande Indikator 1-2: Nuläge Patientgrupp:** Diagnoskoder som används i medRave för att hitta patienter: L97, L979, L9790X, I702C, I832, I830, I832P, Period: 210201-221230. Sökord Ankelindex, Journalmall Sårjournal

Indikator 3 och 4 läses av en gång per halvår i PVQ.

**Vilka källor tar ni era data från:**

Från medRave och PrimärvårdsKvalitet, enligt ovan.

**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, 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](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

--

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Lisebergs vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Emma Gräf	

## 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.

Ett dokument gällande hantering av patienter med kroniska bensår upprättades. Det blev en genomgång av detta med läkare och sköterskor. Tyvärr har det varit mycket frånvaro under 2022 i personalgruppen pga sjukdom och VAB, vilket gjorde att många av sköterskorna inte medverkade vid genomgången. Sjukdom hos personal och även den höga arbetsbelastningen som varit 2022 gjorde att det inte fanns möjlighet att fokusera på kvalitetsarbetet och vi lyckades inte införa nya rutiner pga sköterskornas schema ständigt behövde omplaneras och vi hade många timvikarier på plats.

Planen enligt körschema var enligt nedan:

Vid sår som funnits i 6 veckor:

Gemensamt besök med läkare till dskmottagning, då bedömning gällande etiologi.

ABI genomförs av DSK/SSK innan läkare kommer in (dokumenteras med sökord Ankelindex), MRSA odling (om fortsatt omläggning/om planerad antibiotika). Provtaging (SR?, CRP, blodstatus, b-glukos)

DSK/SSK, helst samma person för kontinuiteten:

Upprättar sårjournal där det ingår:

Sårnamnes: Sårdebut och förlopp

Sårstorlek

Ev mätning av benets omkrets

Behandlingsordination: helst ej ändra regim för tidigt (minst 3 veckor)

Sårjournal uppdateras en gång i månaden.

Fråga pat om de fått info och dokumentera.

Kompression kontraindicerat vid ABI under 0,5.

KVÅ koda (DP005) om kompressionsbehandling: Omfattar aktiviteter vid ödem som lindning, bandagering, utprovning av kompressionsstrumpor

Genom att fråga patienter om hen fått information gällande vad som orsakar sår och vad de själva kan göra och dokumentera i journalen var tanken att få patienten delaktig. Tyvärr blev inte det ett standardiserat arbetssätt med anledning av sjukfrånvaro, VAB och hög arbetsbelastning.

### 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	Startläge	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
	T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	(% eller antal)					

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Lisebergs vårdcentral	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Emma Gräf	

<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med bensår och upprättad sårjournal	1/19, 5,2%	1/2	60%	37,5%	medRave	<b>221231</b>
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med bensår och dokumenterad Ankelindex	2/19, 10,5%	1/2	40%	0%	medRave	<b>221231</b>
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med bensår och KVÅ Kompressionsbehandling	0%	1/2	20%	66,7%	PVQ	<b>221231</b>
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med bensår och etiologisk diagnos	6/16, 37,5%	1/2	60%	66,7%	PVQ	<b>221231</b>

**Övriga kommentarer:**

*I inklusionskriterier gällande diagnos har vi tyvärr missat att ha med diabetesfotsår. Detta har gjort att flera patienter som har behandlats för kroniska sår orsakade av diabetes har fallit ut statistiken.*

**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 era 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.  
*För att få till förändring behövs ansvariga i båda yrkesgrupper som kan hålla i utvärderingar och uppföljningar. Det räcker inte med en genomgång i början av studieperioden, utan man behöver täta påminnelser/möten första tiden tills alla i personalen är med på banan. Utvärderingar behöver ske löpande.*

2.  
*Vi har hörsammat patienternas önskemål om att samma sköterska/ett fåtal sköterskor ska lägga om såren i stället för att det blir olika sköterskor varje gång. Vi har sett över sköterskornas arbetsscheman för att förbättra kontinuiteten på sköterskemottagningen.*

3.  
*Vi har haft en genomgång i läkar/sköterskegruppen för STRAMA arbete gällande antibiotika och underbenssår. Dokumentet som togs fram 2022 kommer att tas upp igen i samband med läkar/sköterskemöte och vi kommer nu att sträva mot att följa körschemat. Mål har inte uppnåtts vad gäller indikator 1 och 2, och vi kommer att fortsätta med det arbete som påbörjades 2022.*

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