

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn Vårdcentralen Solnas Hjärta | |
| Verksamhetschef Klara Arrenius (under 2022 Tuln Deniz) | Aktnummer (ifylles av HSF) |

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: *BENSÅR/SVÅRLÄKTA SÅR*

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.

Camilla Aldrin, DSK; camilla@aldrin.se (kontaktperson)

Anna Laxén, ST-läkare; anna.laxen@gmail.com

Ingela Granberg, DL; ingela@solnashjarta.se

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Vårdcentralen Solnas Hjärta

Verksamhetschef
Klara Arrenius (under 2022 Tuln Deniz)

Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

Vi märker att vi lägger ner mycket resurser på våra patienter med svårläkta sår. Vi har ungefär samma andel patienter med svårläkta sår som övriga Stockholm, dvs 0,1% av våra patienter. De flesta av patienterna har fått diagnos bensår medan någon istället har fått diagnosen kroniskt hudsår. Vi har via Medrave fått fram diagnoserna "Bensår, icke specificerat" (två patienter), "Bensår" (sju patienter), "Kroniskt hudsår" (två patienter) och "Hudsår UNS" (fyra patienter) Patienterna möter sköterskor och ibland läkare men det finns ingen tydlig kontinuitet utan patienten kan tas omhand av olika sköterskor och läkaren kan bli inkallad för att bedöma såret utan att känna till patienten eller bakgrunden till såret.

Vi uppfattar att dokumentationen skulle kunna förbättras. Vi har en sårmall där sökord saknas och det finns dessutom sökord som aldrig används. Vår uppfattning är att ett strukturerat omhändertagande skulle gynna patienterna med t ex förhoppningsvis kortare läkningsförlopp och mindre lidande. Vi har inte mätt exakt hur länge våra sårpatienter behandlas men vi uppfattar att några patienter gått hos oss för sår mycket länge. Vi tror också att det skulle frigöra resurser på mottagningen och leda till ett roligare arbetssätt.

Vi kan vid kontroll i Medrave/PrimärvårdsKvalitet se att det saknas dokumentation vad gäller flera olika kvalitetsparametrar. För specifika mått, se indikatorerna nedan.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Svårläkta sår

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient-verksamhets- och samhällsnivå)

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med svårläkta sår. Det är viktigt då dessa patienter ofta har ett påtagligt lidande. Såren kan vara förenade med mycket smärta men också med oro. Besvär för patienterna att behöva uppsöka vårdcentralen för ibland flera omläggningar i veckan. Många besök och omläggningar kan också vara kostsamt för både verksamheten och samhället i stort.

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn Vårdcentralen Solnas Hjärta | |
| Verksamhetschef Klara Arrenius (under 2022 Tuln Deniz) | Aktnummer (ifylles av HSF) |

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 PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

Vi vill öka andelen patienter med svårläkta sår som kan friskförklaras inom 3 månader. Vi hoppas nå detta genom nedanstående:

Vi vill också öka andelen patienter där etiologisk diagnos har satts från 45,5% till 65% innan året är slut.

Vi vill öka andelen patienter med venösa bensår som erhållit adekvat kompressionsbehandling. Idag är detta inte dokumenterat alls och innan året är slut vill vi att det ska ha dokumenterats hos minst 35% av patienterna.

Vi vill öka andelen patienter med sår där vi har kontrollerat och dokumenterat blodsocker vid första sårbedömningen. Vid årets slut vill vi att det ska vara gjort på minst 50% av patienterna.

Vi vill öka andelen patienter med arteriella sår eller blandsår där ankel-arm-index har beräknats. Idag dokumenteras det sällan och vi hoppas vid årets slut att minst 35% av sårpatienterna har detta dokumenterat.

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 det så kallade "fiskbensdiagrammet" eller "orsak-verkan-diagram" 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 så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

a.

Vi vill kartlägga hur sårvård och förebyggande arbete vad gäller sår hos oss ser ut idag.

Vi vill förbättra flödet för patienterna samt kontinuiteten vid behandlingen genom att tidigt ange vem som är PAS respektive PAL för ett bättre tvärprofessionellt arbete med god kontinuitet. Vi tror att det kommer underlätta om vi har en gemensam mall för journalföringen avseende sårpatienter.

Vi vill också genomföra utbildningar för hela personalgruppen på vårdcentralen och införa lokala riktlinjer för sårvård.

Vi vill se över materialet vi använder för såromläggningar. Vad behöver vi ha hemma på mottagningen för att kunna erbjuda god vård?

Vi planerar att kontrollera blodsocker på våra sårpatienter och journalföra i sårjournalen.

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn Vårdcentralen Solnas Hjärta | |
| Verksamhetschef Klara Arrenius (under 2022 Tuln Deniz) | Aktnummer (ifylles av HSF) |

Vi planerar att se om registrering i kvalitetsregistret RiksSår kan vara av nytta för oss.

Vi planerar även att försöka fotodokumentera såren i journalen för att underlätta uppföljning av sårläggning.

b.

För att involvera patienterna kommer vi vid såromläggningar ställa frågor till patienterna om hur de önskar få hjälp med detta fortsättningsvis. Vi kan se till att fråga om t ex smärta, skatta via VAS och registrera för att följa upp och för att patienten ska känna sig delaktig. Erbjud information/utbildning om såren parallellt med behandlingen.

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 processmåten, 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 | Andel av sårpatienter med etiologisk diagnos angiven | 45,5% | 211231 | 65% | M4 PVK journal | 221231 |
| Indikator 2 | Andel av sårpatienter med dokumenterad kompressionsbehandling vid venösa bensår | 0% | 211231 | 35% | M4 PVK journal | 221231 |
| Indikator 3 | Andel av sårpatienter med uppmätt blodsocker vid första vårdtillfället | 0% | 211231 | 50% | M4 journal | 221231 |
| Indikator 4 | Andel av sårpatienter med uppmätt ABI (Ankel Brachial Index) vid första vårdtillfället | 0% | 211231 | 35% | M4 journal | 221231 |

Kommentar (valfritt):

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn Vårdcentralen Solnas Hjärta | |
| Verksamhetschef Klara Arrenius (under 2022 Tuln Deniz) | Aktnummer (ifylles av HSF) |

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.

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

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.

Vi började med att kartlägga hur sårvård och förebyggande arbete såg ut på mottagningen. Det visade sig att vi journalförde på ett inte enhetligt sätt och i journalmallar som inte var funktionella. Vi började tidigt med att skapa en ny journalmall för att bättre kunna dokumentera vad som gjorts och för att få ett bättre flöde i hanteringen av sårpatienterna. Vi provade oss fram och journalmallen har justerats under året som gått.

Med den nya sårmallen blev det lättare att ange PAL och PAS vilket har varit viktigt för kontinuiteten i behandlingen. Arbetssättet har därmed blivit mer tvärprofessionellt. Sårmallen finns nu för både sköterskor och läkare för bättre samstämmighet. I samband med de nya journalmallarna har lokala riktlinjer införts. Vi har implementerat blodsockerkontroller hos sårpatienterna och det har underlättat att ha sökordet för glukos i mallen så att det blir lätt att dokumentera. Vi märkte att planen att dokumentera blodsocker vid första sårbesöket blev svårt att följa. Efter en tid beslöt vi att nöja oss med att sockret var kontrollerat någon gång i början av sårbehandlingen, t ex vid ordinarie diabeteskontroller eller när det visade sig att såren inte ville läka.

I vår sårmall finns nu t ex sökord för PAL, PAS, b-glukos, ankel-arm-index, sårduration och ev kompressionslindning. Det senare sökordet tycks inte kunna hämtas upp ur MedRave och vi har därför börjat använda även KVÅ-koden för detta för att kunna följa våra patienter.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Vårdcentralen Solnas Hjärta

Verksamhetschef
Klara Arrenius (under 2022 Tuln Deniz)

Aktnummer (ifylles av HSF)

I början av året tittade vi på om kvalitetsregistret RiksSår kunde vara användbart i vår verksamhet. Vi upplever att informationen i registret har varit mycket bra för vår egen kunskapsnivå men kände att vi just nu inte skulle ha möjlighet att registrera våra patienter där.

Vi har under året hållit utbildningar för hela personalgruppen då vi t ex har använt "Sårsmart.se" och genomfört kunskapstester tillsammans. Vi har haft flera möten i förbättringsgruppen och vi har informerat om bensårsprojektet på APT, läkarmöten och sköterskemöten. Vi har uppdaterat informationen om projektet på vår anslagstavla i personalrummet och uppmanat kollegorna att lämna synpunkter på förbättringsarbetet. När patienter kommit till vårdcentralen med nya sår har vi nu en ökad medvetenhet om vikten av tidigt samarbete mellan professionerna och om vikten av en tydlig omvårdnadsplan för behandlingen av bensåret.

Vi har kunnat se att vi hade behövt vara ännu tydligare i vår dokumentationsutbildning för personalen då det visade sig att inte alla som dokumenterade sår hade tillräcklig information för att kunna lägga till diagnoser. Flera av sköterskorna försökte lägga diagnoskoder under rubriken KVÅ vilket inte är möjligt. Det ledde till att färre patienter i början fick en riktig sår diagnos.

Vi har sett över materialet vi använder för såromläggningar och förenklat genom att hålla oss till ett fåtal produkter. Genom att uppmärksamma vilka typer av sår vi främst behandlar och vilka material som passar bäst så beställs materialet så det nästan alltid finns tillgängligt på vårdcentralen.

Vi har inte kunnat nå våra mål vad gäller alla våra indikatorer. Det har under året blivit bättre och bättre men indikatorerna speglar resultatet för hela året vilket inte riktigt var vår avsikt i början av projektet. Vi ser

Oavsett målen har vi nu har kommit en god bit på väg när det gäller att ange etiologi, att ange om kompression givits vid venösa bensår, att glukos har kontrollerats och ankel-arm-index mätts. Dessutom finns nu i de flesta journaler angett vem som är PAL och vem som är PAS.

Inriktningen har på de hela sett blivit att öka kunskapen hos alla medarbetare som träffar patienter med sår och att med tydligare journalföring och standardiserade journalmallar få en förbättrad struktur och kontinuitet. Vi kommer fortsätta att jobba på användning och förbättring av vår nya journalmall. Det är en ständigt pågående diskussion.

B. Resultat

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn Vårdcentralen Solnas Hjärta | |
| Verksamhetschef Klara Arrenius (under 2022 Tuln Deniz) | Aktnummer (ifylles av HSF) |

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 resultatvärdet |
|--------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------|--|
| Indikator 1 | Andel av sårpatienter med etiologisk diagnos angiven | 45,5% | 211231 | 65% | 45,5% | M4 PVK journal | 221231 |
| Indikator 2 | Andel av sårpatienter med dokumenterad kompressionsbehandling vid venösa bensår | 0% | 211231 | 35% | 100% | M4 PVK journal | 221231 |
| Indikator 3 | Andel av sårpatienter med uppmätt blodsocker vid första vårdtillfället | 0% | 211231 | 50% | 31% | M4 journal | 221231 |
| Indikator 4 | Andel av sårpatienter med uppmätt ABI (Ankel Brachial Index) vid första vårdtillfället | 0% | 211231 | 35% | 13% | M4 journal | 221231 |

Övriga kommentarer:

| Information om husläkarmottagning | |
|---|----------------------------|
| Mottagningens namn Vårdcentralen Solnas Hjärta | |
| Verksamhetschef Klara Arrenius (under 2022 Tuln Deniz) | Aktnummer (ifylles av HSF) |

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.
Vi har lärt oss mycket om svårläkta sår generellt. Vi har också lärt oss att det tar tid att genomföra ett förbättringsarbete och att ett år kan vara för kort för att verkligen se resultaten. Vi har vad gäller svårläkta sår lärt oss ett bättre arbetssätt för att minska antalet patienter som kommer för såromläggningar i långa tider utan tecken till läkning.

2.
Patienternas involvering har i huvudsak rört smärtlindring och hur de upplevt vården i samband med sårbehandlingen. Vi har strävat efter att involvera patienterna så gott det varit möjligt t ex kring omlägningsfrekvens och val av förbandsmaterial.

3.
Vi kommer fortsätta använda sårmallen som stöd för att behandla sårpatienterna på bästa sätt. Det kommer ge god kontinuitet, effektiva mottagningar och minskade kostnader för material. Svårigheterna var ffa att få med alla medarbetare på tåget och det får vi fortsätta att jobba med både i det här området och i kommande projekt.

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