

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

St Eriks Vårdcentral

Verksamhetschef

[Måns Hellman](#)

Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022**del 1 och del 2:*****Omhändertagande av kroniska 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 forbattringsarbeten.apc.slo@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 hans e-postadress.

[Pål Stange](#), läkare. pal.stange@steriksvardcentral.se /Måns Hellman, läk

mans.hellman@steriksvardcentral.se

Isak Petravis-Zarins, sjuksköterska isak.zarins@steriksvardcentral.se

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

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

St Eriks Vårdcentral

Verksamhetschef

[Måns Hellman](#)

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 en uppfattning att vården av våra patienter med kroniska bensår (sår som inte läker på 6v) kan bli bättre och mera standardiserad. Samtal med sjuksköterskor och läkare involverade i dessa patienter bekräftar denna bild. Rätt diagnosättning och användning av standardiserad journalmall för bensår lyfts fram av flera medarbetare som områden med förbättringspotential och där det finns möjlighet för reell påverkan på vårdkvaliteten. Bensårriktlinjerna på viss.nu säger bland annat att alla patienter ska genomgå ankel-arm-index-undersökning (AAI), vilket inte verkar vara tillfälle på St Erik.

En preliminär sökning på Medrave M4 bekräftar bristfällig diagnosättning. Vi har därför valt att gå genom ett tvärsnitt av patienterna med kroniska bensår som söker sköterskemottagningen under en period om 1 månad för att få en representativ bild.

Genomgången visar att 56 % har fått en specificerad bensårsmåldiagnos, dvs att etiologin framkommer i själva diagnosen eller i övriga diagnoser. Den redan etablerade journalmallen för bensår används hos bara 33%. Andelen som har AAI uppmätt inom 4 veckor från konstaterande av kronisk bensår är 44%.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Standardisering och förbättring av dokumentation, utredning och uppföljning hos våra kroniska bensårspatienter.

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 kroniska bensår. Ur patientens synvinkel genom att med bättre förutsättningar för sårhäkning minska lidande och öka livskvaliteten. Genom att potentiellt förkorta den totala vårdtiden kan det öppnas tider till övriga patienter, vilket är positivt för verksamheten. Målsättningen är även att förbättra utsikterna ur ett hälsoekonomiskt perspektiv via minskat vårdbehov direkt och indirekt. Ur en miljösynpunkt minska materialåtgång och kostnad.

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.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

St Eriks Vårdcentral

Verksamhetschef

[Måns Hellman](#)

Aktnummer (ifylles av HSF)

- 1) Att öka andelen patienter med specificerat bensårsmått från dagens 56% till >80%
- 2) Att öka andelen patienter där man använder sig av strukturerat sårmall från dagens 33% till >80%
- 3) Att öka andelen patienter som får genomgå AAI inom 4 veckor från konstaterande av kronisk bensår från dagens 44% till >80%.

Samtliga delmål är tidsatt från februari 2022 till november 2022 (baserat på tvärsnittundersökning under loppet av 1 månad).

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 [QR:s verktygslåda](#).

- a. Utveckla dagens journalmall för sår med bättre rutiner för dokumentation och uppföljning i stort. Detta inkluderar rutiner för att etablera en patientansvarig sköterska och att involvera ansvarig läkare tidigt i vårdförloppet. Även rutiner för genomförande av AAI och för korrekt och tidig diagnos. En del i detta är att definiera relevanta, obligatoriska sökord i journalmallen. Vi vill hålla informationsmöten om det pågående förbättringsarbetet med möjlighet för input från involverade läkare och sköterskor.
- b. Eventuellt inkludera patientens önskemål/målsättning med omläggningen i sårmallen.

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 snabbspirometrier 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 snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

St Eriks Vårdcentral

Verksamhetschef

[Måns Hellman](#)

Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 1	Andel patienter med specificerat bensår diagnos	56%	1.-28.februari 2022	>80%		1.-30.november 2022
Indikator 2	Andel patienter där man använder sig av strukturerat sårmodell	33%	1.-28.februari 2022	>80%		1.-30.november 2022
Indikator 3	Andelen patienter som får genomgå AAI inom 4 veckor från konstaterande av kronisk bensår	44%	1.-28.februari 2022	>80%		1.-30.november 2022

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.

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.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

St Eriks Vårdcentral

Verksamhetschef

[Måns Hellman](#)

Aktnummer (ifylles av HSF)

1. En arbetsgrupp bestående av ansvariga för kvalitetsarbetet (ssk och ST-läkare) och en specialistläkare med särskilt intresse för bensårspatienter, satte sig ner och vidareutvecklade sjuksköterskornas journalmall för bensår, med särskilt fokus på relevanta sökord.
2. Vi utarbetade ett bensårs-PM som nu ligger tillgänglig för alla medarbetare i vårdcentralens digitala mapp (vg se bifogat fil). Det betonar samarbetet mellan patientansvarig ssk och läkare och definierar i klartext deras respektive ansvarsområden. Fokus ligger på kvalitetsarbetets delmål om etiologisk diagnos, användning av sårmall och AAI.
3. Vi har informerat om kvalitetsarbetet, föreläst om kroniska bensår och öppnat för diskussion både i grupper av mottagnings-ssk, läkare och gemensamt för alla yrkesgrupper.

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 resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med specificerat bensårsmall	56%	1.-28.februari 2022	>80%	75%		1.-30.november 2022
Indikator 2	Andel patienter där man använder sig av strukturerat sårmall	33%	1.-28.februari 2022	>80%	13%		1.-30.november 2022
Indikator 3	Andelen patienter som får genomgå AAI inom 4 veckor från konstaterande av kronisk bensår	44%	1.-28.februari 2022	>80%	88%		1.-30.november 2022

Övriga kommentarer:
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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
St Eriks Vårdcentral	
Verksamhetschef Måns Hellman	Aktnummer (ifylles av HSF)

1. Det tar tid och kraft att försöka implementera idéer för förbättring. Ändringar behöver upplevas värdefulla och enkla att använda i vardagen för att de ska fungera. Den sjunkande siffran för användningen av sårmallen efter vår revision kan tyda på att vi snarare försvårade än förenklade sjuksköterskornas arbete. Genomgång av journalerna visar å andra sidan att väsentlig information oftast är dokumenterat på annat sätt ändå. När det gäller våra två viktiga mål, har vi lyckats bra. Både utifrån dessa siffror och baserat på diskussioner om temat i personalgruppen, tycker vi oss se ett ökat medvetande om våra bensårspatienter i efterkant av våra interventioner.

2. Vi har inte lyckats använda kunskap från patienterna på något strukturerat sätt. Tiden vi har kunnat sätta av till arbetet har tyvärr inte sträckt till för något systematiskt arbete med patientens delaktighet, så som vi önskade.

3. Vi kommer redogöra för våra resultat för personalgruppen och ge beröm för de fina resultaten i två av målen, samt öppna för diskussion om processen, eventuella förbättringar och vägen vidare. Vi behöver se över behovet av sårmall och ändra den nuvarande om den fyller ett behov, till en mer lättjobbad variant. Vi vill försöka ta med oss engagemanget vidare så de upparbetade rutinerna kan förbättras och bevaras.

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

Bilaga:

PM för hantering av kroniska bensår på St Eriks VC - ett samarbete mellan PAS och PAL

Fakta:

- Kroniska bensår är sår på undre extremiteterna som inte har läkt på 6 veckor från debuten.
- Ca 50 % av svårläkta bensår är renodlat venösa, ca 20 % är arteriella. Utöver detta är blandformer med både venös och arteriell orsak vanligt. Diabetesfotsår är en annan typ av kroniska bensår som kan upptäckas på vårdcentralen, men som oftast ska tas hand om på särskilt diabetesfotmottagning. Utöver detta finns även några mindre vanliga orsaker till kroniska sår, tex sår orsakat av hudtumörer.
- Adekvat kompressionsbehandling är viktig för läkningen av alla typer av sår, och tolereras oftast bra även vid lindrig arteriell insufficiens.
- Vid smärtor är adekvat smärtlindrande behandling viktigt även för själva sår läkningen.

Rutin när misstänkt bensårspatient påträffas på sköterskemottagningen:

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
St Eriks Vårdcentral	
Verksamhetschef Måns Hellman	Aktnummer (ifylles av HSF)

- Om fråga om allvarlig infektion, starka smärtor eller andra grava ischomitecken, bör LA-läkare involveras omgående.
- I alla andra fall gör behandlande ssk/usk en första bedömning och omläggning och dokumenterar i SÅRMALLEN i TC.
- Patienten tilldelas en PATIENTANSVARIG SSK/USK (PAS) som med fördel är den som får träffa patienten vid nästa omläggning och i fortsättningen.
- Så snart som möjligt efter att bensåret är bedömt som kroniskt, **helst inom 2 veckor**, bör patienten bokas till en omläggning på sköterskemottagningen där man planerar för att den PATIENTANSVARIGA LÄKAREN (PAL) för bensåret (i normalfallet är detta husläkaren patienten är listad på, men ST/AT kan också ta rollen om detta blir naturligt/praktiskt) kommer ner och gör en klinisk bedömning under omläggningen hos PAS. I praktiken betyder detta att PAS behöver boka både en tid till sig på mottagningen OCH en samtidig **röd akuttid i PAL's kalender**, gärna med förklarande text om rum och evt "timing" för när såret förväntas vara öppet för inspektion.
- Innan första besöket med PAL bör ankel-arm-index (AAI) vara gjort på alla, oavsett misstänkt sårtyp.

PAL's ansvar

- Ta ställning till ytterligare utredning såsom lab, fysiologiska undersökningar eller remiss till specialistvården (tex kärlkirurg). Alla bensårspatienter ska enligt viss.nu ta blodstatus, SR och blodsocker. Finns detta redan och behövs flera prover?
- Bedöm om såret är venöst, arteriellt, blandform, diabetesfotsår eller annat, och registrera etiologiska diagnoser som beskriver detta. Förslagsvis en heltäckande diagnos, som **I83.0** "Varicer i nedre extremiteterna med bensår", **I70.2C** "Perifer ateroskleros med bensår", **E10.6D** "Diabetes mellitus typ 1 med (diabetiskt) fotsår", **E11.6D** "Diabetes mellitus typ 2 med (diabetiskt) fotsår". Alternativt kombination av **L97.9** "Bensår som ej klassificeras på annan plats" OCH diagnos för bakomliggande sjukdom som tex **I87.2** "Venös insufficiens".
- Tillsammans med PAS besluta om behandling och uppföljning på vårdcentralen och/eller inom specialistvården. Ta ställning till kompressionsbehandling och adekvat smärtlindring.
- Göra ny diagnostisk bedömning om icke tillfredsställande sårhäkning, inkl överväga mindre vanliga sårtyper som tumörsår, pyoderma gangrenosum m.m.

PAS's ansvar

- Sköta sårvård enligt mottagningens rutiner för detta. OBS! Kompressionsbehandling är i de flesta fall avgörande för sårhäkningen.
- Dokumentera löpande i särskilt sårmall.
- Involvera PAL tidigt i förloppet och planera för AAI innan första besök med PAL.
- Ta MRSA-odling på alla som planeras för fortsatt omläggning på vårdcentralen

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
St Eriks Vårdcentral	
Verksamhetschef Måns Hellman	Aktnummer (ifylles av HSF)

- Involvera PAL vid otillfredsställande sårläkning.
- Patienter med venösa sår bör kontrolleras 1 mån efter sårläkning för att kolla kompressionsbehandling och ev recidiv.