

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Bensår*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Abrahamsbergs VC	
Verksamhetschef Mikael Pettersson	Verksamhetschefens e-post Mikael.pettersson@regionstockholm.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.salso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Jakob Hasselström / Emma Berg / Lina Hedenbro
Profession: ST-läk / SSK / SSK
E-post: jakob.hasselstrom@regionstockholm.se / emma.m.berg@regionstockholm.se / lina.hedenbro@regionstockholm.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.• Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Se ovan
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Intervju av särskilda patienter. Mer noggrann och strukturerad instruktion om faktorer patienten själv kan påverka för att främja sårhäkning.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar 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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vi vill förbättra vårdkedjan för patienter med svårhäkta bensår, oavsett genes. Vi vill öka kvaliteten på vården av patienter med bensår och därmed påskynda läkningen/förkorta vårdtiderna och minska lidande. Vi upplever att behandlingen av patienter med bensår saknar struktur och kvaliteten varierar vad gäller uppföljning och kontinuitet. Vi saknar tydliga riktlinjer i omhändertagandet av dessa patienter och det interprofessionella samarbetet har varit bristande.

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.

Svårhäkta bensår

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill öka andelen patienter som har etiologisk diagnos, patienter som har ankeltryck registrerat och patienter som får adekvat behandling med exv. kompressionsbehandling. Vi vill förbättra dokumentationen, inkl. fotodokumentation i Picsara och rutinerna kring bensårsvården. Därtill öka samarbetet kring patienterna med svårhäkta bensår.

<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</p>					
<p>1: Bristande rutiner.</p>	<p>1.1: Författa en skriftlig rutin. 1.2: Öka följsamheten till enhetlig dokumentation. 1.3: Få till planerad läkarbedömning tidigt i förloppet.</p>					
<p>2: Bristande kompetens.</p>	<p>2.1: Internutbildning (omläggning, dokumentation, undersökning) 2.2: Dela kunskaper i vardagen. 2.3: Sammanställa kunskapskällor.</p>					
<p>3: Bristande interprofessionellt samarbete.</p>	<p>3.1: Följa den rutin som upprättas. 3.2: Utse PAL och PAS och planera uppföljning.</p>					
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>						
<p>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 snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.) APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/</p> <p>Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått 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.</p>						
	<p>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka</p>	<p>Nuläge = Startläge (% eller antal)</p>	<p>Datum/period för startläge</p>	<p>Mål (% eller antal)</p>	<p>Källa (t.ex. Medrave)</p>	<p>Datum för att uppnå målvärdet</p>
<p>Indikator 1</p>	<p><i>Be01: Förekomsten av patienter med bensår (diagnos reg. senaste 6 mån)</i></p>	<p>10 st (0,1%)</p>	<p>2024-01-31</p>	<p>15 st</p>	<p>Medrave</p>	<p>Dec 2024</p>

Indikator 2	<i>Beo2: Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos (et. diagnos reg. Senaste 6 mån)</i>	7/10 (70%)	2024-01-31	100%	Medr ave	Dec 2024
Indikator 3	<i>Beo3: Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling (KVÅ-kod: DP005 Kompressionsbehandling reg. senaste 6 mån)</i>	2/4 (50%)	2024-01-31	100%	Medr ave	Dec 2024
Indikator 4	<i>Beo4: Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registerat (senaste 18 mån APO32 Dopplerundersökning av perifera kärl APO57 Mätning av blodtryck i tå eller finger APO59 Segmentell blodstryckmätning på extremitet)</i>	1/16 (6,2%)	2024-01-31	100%	Medr ave	Dec 2024

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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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?

Planera: Sköterskemöte med genomgång av ABI och sårjournal. Genomgång också på läkarmöte om vikten av etiologisk diagnostik och ABI. Planera för ny skriftlig rutin, som ska vara färdig i mars 2024. Informera om ny rutin på APT.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2024 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 2024 till: forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

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

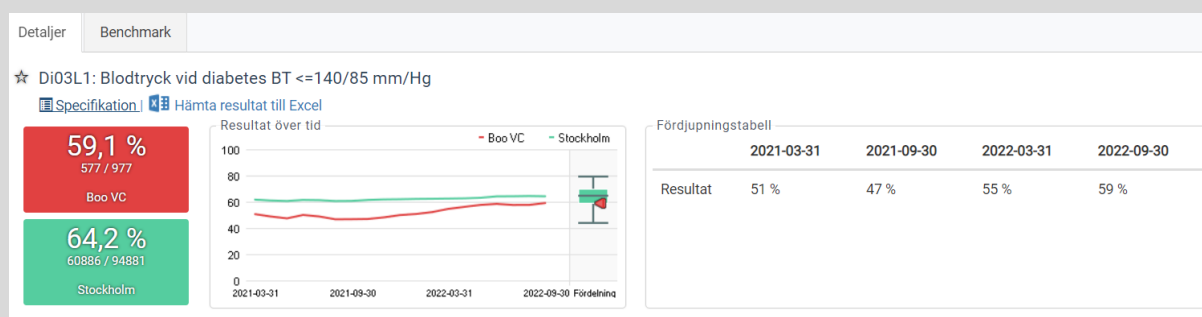
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

Vi har haft utbildning på sköterskemöte om svårläkta sår och mätning av ABI. Vi har utarbetat ny rutin, v.g. se bilaga. Läkarna har också blivit informerade av vikten av att sätta etiologisk diagnoskod.

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
Indikator 1	<i>Be01: Förekomsten av patienter med bensår (diagnos</i>	10 st (0,1%)	2024-01-31	15 st	9 st (0,1%)	<i>Medrave</i>	<i>2024-12-31</i>

	reg. senaste 6 mån)						
Indikator 2	Be02: Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos (et. diagnos reg. Senaste 6 mån)	7/10 (70%)	2024-01-31	100%	5/9 (56%)	Medrave	2024-12-31
Indikator 3	Be03: Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling (KVÅ-kod: DP005 Kompressionsbehandling reg. senaste 6 mån)	2/4 (50%)	2024-01-31	100%	1/1 100%	Medrave	2024-12-31
Indikator 4	Be04: Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registerat (senaste 18 mån AP032 Dopplerundersökning av perifera kärl AP057 Mätning av blodtryck i tå eller finger AP059 Segmentell blodstryckmätning på extremitet)	1/16 (6,2%)	2024-01-31	100%	4/18 22%	Medrave	2024-12-31

Övriga kommentarer:

Små volymer, det har varit färre sårpatienter på mottagningen än vanligt. En del patienter hade sitt senaste besök innan vårt arbete startade samt en del patienter var HSV patienter och i HSV gruppen informerades vi ej om vårt arbete.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi borde haft oftare avstämningar om kvalitetsarbetet under arbetets gång, för att få bättre följsamhet till rutinen och kanske ha förbättrat resultaten tydligare. I ssk-gruppen har det blivit en positiv förändring i journalförandet, i de flesta fallen används nu standardiserat sårjournalmallen som var en av våra tankar om förbättring av rutin och ett delmål för att uppnå resultatet (men som inte varit mätbart).

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?

Vi inhämtade tyvärr inte direkt kunskap från patienter i arbetet. Svårt att sätta fingret på varför, men intervjuer av särskilda patienter, som vi tänkte oss ovan, uteblev. Uppmuntrat till kompressionsbehandlingen. Givit råd om allmän egenvård till patienten. Information om sårvård, livsstilsförändringar som patienten själv kan förändra för bättre sårhäkning. I och med mer noggrannhet och kontinuitet i dokumentationen så blir status även mer tydlig för patienten, vilket vi tror bidrar till och främjar patientens delaktighet.

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.

Fortsatt arbete enligt ny skriftlig rutin. Vi behöver påminna varandra kontinuerligt om diagnosättning och därigenom fundera över sårets etiologi, så att behandlingen riktas mot denna och sårhäkning påskyndas på bästa vis. Tidigt samarbete mellan ssk och läkare och att upprätthålla kontinuitet med helst utsedd PAS och PAL. Öka deltagandet i fortbildning kring sårvård och behandling.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@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"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.