

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: *Bensår*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Brommaplans vårdcentral	
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 <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> 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 <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Tora Borén Profession: ST-läkare E-post: <a href="mailto:tora.boren@regionstockholm.se">tora.boren@regionstockholm.se</a>
<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"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• 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 sidosjukvård, det kan bli sårbart.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Amanda Degerman, sjuksköterska; Erika Putero, disktriktssköterska; Suzan Mahmoud, undersköterska; Annika Andersson, undersköterska; Yvonne Körner, geriatriker.

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Förslagslåda kan sättas upp vid sköterskemottagningen alternativt att en patientenkät tas fram för att fånga upp patientperspektivet ex hur de upplever kontinuitet, att få information kring hälsotillstånd/såret osv.

### **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?**

*Under vår kartläggning såg vi att många patienter bara får diagnos L979 och L984A som är ospecifika särdiagnoser som exempel båda sätts på bensår och patienten som kommer med en sårskada eller får hjälp med stygntagning. Vi har i Mederave sett att det bara är mätt/eller korrekt registrerat för ABI hos 10 patienter hos de 30 patienter som har fått diagnos benartärsjukdom vilket verkar som en underdiagnostisering. Om vi kan sätta en mer korrekt diagnos så som bensår med venösinsufficiens eller arteriellt bensår så tror vi kunna öka kvaliteten och behandla bensåren i enlighet med vad som finns beskrivet på viss.*

*På mottagningen och i hemsjukvården fungerar det olika bra med kontinuitet och med uppföljning av sår. På mottagning är det oftare sjuksköterskan som tidigt involveras i såret men kan vara olika sköterskor som lägger om såret från gång till annan. Det är oftast dagens "frågedoktor" som bedömer såret vilket betyder att det är olika läkare som tittar på såret från gång till annan och bedömningarna blir olika.*

*I hemsjukvården är det undersköterska som oftast uppmärksammar såret och påbörjar omläggning och sedan involveras sköterska först om såret ej läker samt läkare vid ev infektionstecken. Här vill vi att sköterska ska involveras tidigare så att det tas en ordentlig anamnes kring andra faktorer så som rökning, nutritionsstatus osv som kan påverka läkning samt att ABI tas för att kunna ställa etiologisk diagnos. För personalen i hemsjukvården är kontinuiteten inte lika utmanande då de jobbar i team kring patienten och det finns en och samma läkare som jobbar med dessa patienter.*

**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.

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 åstadkomma att det tas fram ett tydligt flödesschema kring kroniska bensår för att dels öka kontinuiteten kring dessa patienter, öka andelen patienter som får en etiologisk diagnos på såret. Vi vill ta fram en frågemall för att underlätta anamnestagning vid första ssk besöket kring ex nutritionsstatus, rökning, smärta, funktionsgrad osv.*

*Vi vill att sår fotas vid första besöket samt mäts och sedan upprepat fotas och mäts var 4e vecka.*

*Vi vill utarbeta och implementera ett flödesschema så som vi vill att sårpatienterna ska tas om hand*

*Vi har börjat prata kring sårjournal/omvårdnadsplan samt mottagningsanteckningar för att minska dubbeldokumentation och förtydliga.*

**Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)**

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

**Idéer till lösningar (För att nå målen)**

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/>

1: Behov av kunskapslyft för att ställa korrekt etiologisk diagnos

1.1: Utbildning för samtliga usk, ssk och läkare som hanterar sår.  
1.2: Patient listats hos läkare som ansvarar för att korrekt etiologisk diagnos ställs.  
1.3: ABI tas på alla patienter med bensår

2: Alla känner sig inte bekväma med att ta ABI

2.1: utbildningsinsats så att alla usk (?) ssk och läkare känner till hur ABI tas och tolkas.  
2.2: ABI införs i frågemall för nybesök bensår  
2.3:

3: Flödesschema som ska gälla bensårspatienter på mottagning och i HSV har saknats	3.1: Flödesschema tas fram för mottagningen 3.2: Flödesschema tas fram för HSV 3.3:
------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

### Mått och mätetal (indikatorer)

- 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?

**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.**

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

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/>

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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Källa</b> (t.ex. Medr-ave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal registrerade ABI</i>	9 stycken av 28 patienter med diagnos benartärsjukdom under 2023	2023	50 stycken registrerade värden	Medr-ave	<i>December 2024</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Sätta etiologisk diagnos på alla bensårspatienter</i>	100% eller 18 av 18 patienter	2023	100% men troligen är 18 registrerade, underregistrerad	Medr-ave	<i>December 2024</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling</i>	42,9%	2023	70%	Medr-ave	<i>December 2024</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera</i>	24,2%	2023	50%	Medr-ave	<i>dec 2024</i>

	<i>cirkulation registrerad</i>					
<b>Indikator 5</b>	<i>Ökad kontinuitet hos de sköterskor som lägger om patienter</i>	Okänt	2023			<i>dec 2024</i>

**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?

*P: Jobba vidare med flödesschema för bensår. Ta upp för diskussion på ssk möte kring hur dokumentationen av bensår bör ske och försöka minska på antalet långa journalanteckningar där man använt funktionen "kopiera till ny".*

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

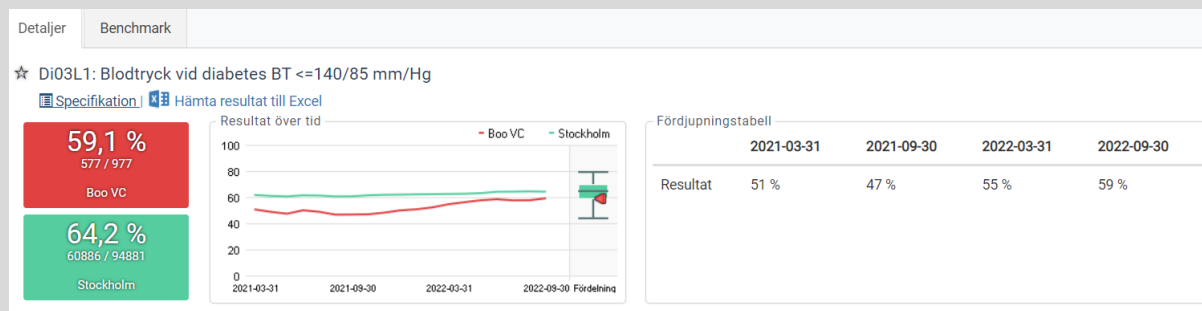
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**  
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har under arbetets gång tappat större delen av dem som först var med i förbättringsarbetsgruppen pga föräldradedighet eller att deltagare inte jobbat klart på vårdcentralen. Framför allt är det i hemsjukvården som inte längre finns representerade i arbetsgruppen. Istället har vi valt att fokusera på mottagningen och med detta har vi färdigställt en sårutin i förlängd och kortversion, denna finns i bifogad som bilaga. Vi har i rutinen förtydligat vilka besök som ska göras vid ett nyupptäckt svårläkt sår. I dokumentet finns inget flödesschema så som vi först planerade för utan stället är det förtydligat vad som görs vid besök 1, 2 och 3. I detta dokument finns bland annat beskrivet kring rutin för hur såret dokumenteras med foto vid inskrivning, var fjärde vecka, vid försämring och vid antibiotikabehandling. Detta för att enklare kunna följa såret även för den läkare som utses till ansvarig. För att underlätta har vi gjort en patientlista i TakeCare som heter svårläkta sår. I den är det förtydligat vem som är ansvarig läkare för patienten och när ABI är taget. Detta har hjälpt till när sårarbetet ska implementeras för att enkelt se vilka läkare som är ansvariga för vilken patient och hur förhållandevis få de är (250120 var de 10 patienten på listan av ca 21000 listade patienter) Ett av målen är att vi ska ta fler ABI och att hela distriktssköteskegruppen nu ska känna sig trygga med att kunna ta ABI. Vid avstämningsmöte inför slutredovisningen sa de två distriktssköterskorna (dsk) som var representerade att de upplevde att hela dsk gruppen nu är väl förtrogna med att ta ABI och att det tas betydligt fler ABI nu än tidigare då man känner sig trygg med hur man faktiskt gör.

En viktig sak som lyftes från början i detta förbättringsarbete var att vi behövde förbättra dokumentationen kring sårbehandling/omläggningstillfällena. Det var vanligt att mottagningsanteckningen var lång, svår att överblicka och att mycket information hängde kvar exempelvis insatt antibiotikabehandling eller patientens kostpreferenser. För att komma till rätta med detta och förkorta dokumentationen har dsk gruppen haft journalgranskning ihop med enhetschef där de på ett konstruktivt sätt diskuterat bra och mindre bra exempel på dokumentation. Detta har lett fram till bra diskussioner och en tydlig förbättring och medvetenhet i att korta ned dokumentationen och ta bort sådant ur journaltexten som inte längre är aktuellt.

## 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
<b>Indikator 1</b>	Antal registrerade ABI	7 av 23 patienter med benartärsjukdom	2023	50 stycken registrerade värden	8 stycken av 29 med diagnos benartärsjudom	Medrave	2024
<b>Indikator 2</b>	Sätta etiologisk diagnos på alla bensårspatienter	100% eller 18 av 18 patienter	2023	100% men troligt vis är 18 en underrapportering	21 stycken där det är 5 stycken som ej uppfyllt diagnoskriterier	Medrave	2024
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling	42,9%	2023	70%	0%	medrave	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerad	24,2	2023	50%	37%	Medrave	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Ökad kontinuitet hos dsk som lägger om patienter	Okänt	2023		-	Info från dsk-gruppen	T.ex. dec 2024

### Övriga kommentarer:

Indikator 1: denna indikator är så här i efterhand inte riktigt speglade för vad vi faktiskt har gjort då vi främst haft fokus på sårpatienten och inte på diagnoskoder för benartärsjukdom.



*Indikator 2: Anledningen till att vi ännu inte ser någon större förändring på denna indikator tror vi är att vi ännu inte helt implementerat sårrutinen med läkarbesök som ska följa efter 6 veckor för att sätta etiologisk diagnos. Därför är denna indikator svårtolkad och behöver följas fortsatt under 2025 när nya sårrutinen används.*

*Indikator 3: Här tror vi att det blivit o registrerade då vi inte använt KVÅ-kod DPO05 som verkar vara den som medräve hämtar från.*

*Indikator 4: här ser vi den största positiva skillnaden i indikatorer och även om vi inte når målet på 50% så är vi en god bit på väg.*

*Indikator 5: detta arbete har inte riktigt startat än men medvetenheten är större och vi hoppas kunna fortsätta med mål att skapa dsk-par som jobbar kring patienten med hög kontinuitet under 2025.*

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Sammantaget har arbetet varit mycket positivt, inte mist i dsk-gruppen som tidigare upplevde att de jobbade ganska ensamt med sår-patienterna utan tydlig teamkoppling med ansvarig läkare. Nu finns patientlistan med tydlighet kring vilken läkare som är involverad och ansvarig samt vem som ska tillfrågas när ett sår försämras.

Det som har varit svårast att få till är att jobba i dsk-par och att få till mer kontinuitet. Detta beror på att patienterna byter dag ibland och att omlägningsintervallen ibland ökar till 3 ggr/v i stället för 2. Det finns även två olika tidböcker för dsk vilket ibland medför att patienten blir bokad i "fel" tidbok. Till syvende och sist är det också tidsbrist som ställer till det och att det inte alltid finns tider lediga. Även om det inte är helt tydligt i resultatet att antal ABI har ökat så är det en tydlig förbättring att samtliga dsk nu kan och vet hur man utför ett ABI och kan göra detta självständigt.

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?

Nej dessvärre inte men många patienter har uttryckt att det upplever positivt att man tar ABI och "undersöker dem ordentligt"

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.

En plan är att ssk successivt ska involveras mer och mer kring sårpatienterna och gå bredvid och i par med dsk. Detta för att öka sin kunskap kring sår. Det kommer även finnas utbildning via APC om svårläkta sår som vi ska sprida i arbetsgruppen att man gärna får gå,

Sårrutinen kommer presenteras på yrkesspecifika möten samt på APT

Jobba vidare på teamarbetet mellan husläkare och dsk-mottagningen.

I enlighet med önskemål från dsk kommer vi jobba vidare med journalgranskning i grupp tillsammans med enhetschefen under 2025.

**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](mailto: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.