

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: BENSÅR - förbättrad diagnostik och behandling

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Åkermyntan	
Verksamhetschef Jeanette Hessel	Verksamhetschefens e-post jeanette.hessel@capio.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.sls@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 del1 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: Shilan Aldin Profession: ST-läkare E-post: shilan.aldin@capio.se
Att involvera flera Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A:
 Linnéa Ränkesjö linnea.rankesjo@capio.se Sjuksköterska
 Lina Olofsson lina.olofsson@capio.se Undersköterska
 Shilan Aldin shilan.aldin@capio.se ST-läkare
 Oscar Hjertqvist oscar.hjertqvist@capio.se IT-ansvarig

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

B:

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 har upplevt att det saknas struktur kring handläggning av patienter med bensår (nedom knänivå som ej läkt på 6 veckor) som kan innebära att sårsläkning ej optimeras hos dessa patienter.

Efter genomgång av det kliniska arbete, Medrave och journaler har vi upptäckt att bensår ofta diagnosticeras som ”hudsår”, samt att det i stor utsträckning saknas etiologisk diagnos och en bedömning av perifera cirkulation (ankel-arm-index, tåtryckmätning, ultraljud kärl etc.) hos patienter

med bensår. Oftast sköts behandling av sköterska och läkare involveras i mindre grad i bedömningarna.

Enligt behandlingsstöd på Viss.nu ska det finnas en etiologisk diagnos på bensår och bedömning av perifer cirkulation bör göras. Vidare ska såren primärt bedömas av husläkare, även om behandling genomförs av sköterska, och i dessa professioner ska kontinuerligt samarbeta kring patienten.

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: förbättrad diagnostik och behandling.

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:

Målet är att förbättra Sårbehandlingen på vårdcentralen genom ett effektivt multimodalt arbetssätt (läkare, sjuksköterska, undersköterska enligt en standardiserad rutin) för att optimera patientens förutsättningar för god sårläkning (bättre medicinska resultat).

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: Dåligt tillgänglighet till läkare när sköterskor sysslar med såromläggningar

1.1: Avsätta tid i jourläkarens tidbok 15 minuter för stöd kring bedömning av bensår vid omläggningar, ev remiss eller ordinationer.
1.2: Initiera teambesök för patienter med bensår, för samverkan mellan läkare/PAL och sköterska.
1.3: Sköterska lägger upp admin ärenden till läkare/PAL med fotodokumentation vid uppföljning när läkare/PAL inte är på plats själv.

2: Dålig kunskap om ämnet: kroniska bensår, de riktlinjer som finns, och möjliga handläggningar samt behandlingsalternativ

2.1: Skapa en rutin för läkare vid bensår som påminner om de viktigaste aspekterna i handläggningen
2.2: Informera vid läkarmöte om senaste uppdateringar kring bensår: antibiotikabehandling, remiss för venös duplex eller till kärlkirurg för intervention etc.
2.3: Skapa ett illustrativt patientfall som kan tas upp på APT med alla yrkeskategorier involverade.

	2.4: Gå kurs/utbildning om bensår och informera övrig personal på vårdcentral om de viktigaste delarna i kursen.
--	--

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 snabbspirometri 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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal patienter med diagnos bensår (I702C, L979, L979X) senaste året	14 (obs! Detta är troligen underrapporterat)	Februari 2024	28	Medrave	Januari 2025
Indikator 2	Andel patienter med diagnos bensår som har en etiologisk förklaring till bensår senaste året	71% (i journaltext, ej som X-kod)	Februari 2024	70%	Medrave, journaltext	Januari 2025
Indikator 3	Andel patienter med diagnos bensår som har fått en bedömning av perifera cirkulation	92%	Februari 2024	70%	Medrave, journaltext	Januari 2025

Indikator 4	Andel patienter med diagnos bensår som haft ett fysiskt besök med läkare gällande bensår	92%	Februari 2024	70%	Medrave , journalt ext	Januar i 2025
--------------------	--	-----	---------------	-----	------------------------	---------------

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/verktyglada-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 tänk? 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?

Vi har nu informerat personalen på vårdcentralen (alla yrkeskategorier) om att vi initierar detta projekt genom Sår-mottagningen där sår-undersköterskan och sår-sjuksköterskan aktivt arbetar med denna patientkategori. Läkare (journläkare och PAL) ska involveras i tidigt skede vid möten med dessa patienter där tid ska avsättas för detta och vid behov ska det även göras teambesök vilket bokas in av sköterskan. Vi ska inom teamet för kvalitetsarbetet göra avstämningar 1 gång i månaden för att se om projektet fortsätter i rätt riktning vad gäller sättande av diagnoser samt läkarnas involvering i sårbedömning.

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

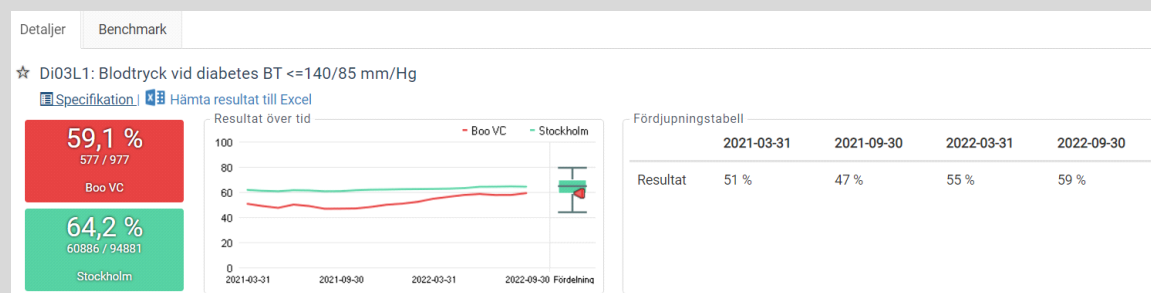
1. Vi som är ansvariga för kvalitetsarbetet har gått fördjupad kurs om Bensår via Akademiskt primärvårdscentrum.
2. Vi som varit på kursen har föreläst vidare för våra kollegor om Handläggning av Bensår inom alla arbetsgrupper (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor).
3. Vi har prövat ha en multiprofessionell Sårbehandling med bedömning undersköterska, sjuksköterska, läkare av patienter med Bensår. Denna har inte blivit etablerad.
4. Vi har gjort ett PM för handläggning av Bensår för läkare respektive undersköterskor/sjuksköterskor.
6. Sjuksköterska och undersköterska har haft Sårrund 1 gång i veckan för bedömning och vidare handläggning av svårsläta sår. Detta har blivit etablerat.
7. Patienterna har varit delaktiga i sårvården genom bl.a. enkät, träningsråd och kostråd.

Se bifogade dokument

1. Patientenkät Sårbehandling del 1 och del 2
2. Sårbehandling Åkermyntan vårdcentral (rutin för undersköterskor och sjuksköterskor inklusive checklista sårbehandling)
3. Träningsprogram för patient
4. Kostråd för sårbehandling
5. Bensår Handläggning för läkare

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	Start	Datum/period för startläge	Mål (% eller	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex.	Datum/period för
---------------	-------	----------------------------	--------------	--------------------------	--------------	------------------

	T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	läge (% eller antal)		antal)		Med-rave)	resultat-värdet
Indikator 1	Antal patienter med diagnos bensår (I702C, L979, L979X) senaste året	14 st	Februari 2024	20 st	17 st	Medrave	December 2024
Indikator 2	Andel patienter med diagnos bensår som har en etiologisk förklaring till bensår senaste året	71%	Februari 2024	82%	82%	Medrave	December 2024
Indikator 3	Andel patienter med diagnos bensår som har fått en bedömning av perifer cirkulation	92%	Februari 2024	50%	47%	Medrave	December 2024
Indikator 4	Andel patienter med diagnos bensår som haft ett fysiskt besök med läkare gällande bensår	92%	Februari 2024	80%	71%	Medrave	December 2024

Övriga kommentarer:

Vid genomgång av journaler noteras det att det inte alltid är relevant med en perifer cirkulationsutredning, så en lägre procentsats för Indikator 5 är inte helt orimlig. I enstaka patientfall noteras att det faktiskt är relevant med både läkarbesök och perifer cirkulationsutredning som inte är gjorda.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har blivit bättre på att dokumentera Bensår som just Bensår (istället för t.ex. Hudsår). I och med diagnossättning vid såromläggningar har vi blivit mer uppmärksamma på behovet av vidare utredning med t.ex. cirkulationsutredning samt behov av stöd från läkare i bedömningen, och inte enbart såromläggningar via undersköterska/sjuksköterska.

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?

Patient har fått information muntligt och skriftligt kring vikten av goda levnadsvanor och allmän kroppslig hälsa för att förbättra sårhäkning. Bl.a. har vi gått igenom riskfaktorer för bensår t.ex. rökning, högt blodtryck, höga blodfetter, mm. Det har blivit aktuellt med läkemedelsbehandling av högt blodtryck, blodfettssänkande och Trombyl i vissa av fallen.

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.

Att fortsätta med förbättrad diagnostik kring bensår. Att initiera läkarkontakt och perifera cirkulationsutredning i tidigt skede. Vi försöker implementera riktlinje kring att ha läkarbesök vid sår (omläggningar) som pågått i mer än 6 veckor. Vi försöker förbättra och förtydliga sårrutinen som är tänkt att gås igenom med Medicinskt ansvarig läkare på vårdcentralen så att den kan sättas in i digitala systemet för våra PM.

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.slso@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.