

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Sår

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn CAPIO VÅRBERGS VÅRD CENTRAL	
Verksamhetschef Danixa Engman	Verksamhetschefens e-post Danixa.engman@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 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: Mariem Ouahid
Profession: DSK
E-post: Mariem.ouahid@capio.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 sidosjukvård, 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: Läkare : Amina Amri + tillsammans med Allmänspecialist /MAL Zoran T USK; Abeba Aferworki, Yannica Cartagena och Ali Rabe DSK : Mariem Ouahid + Anne Njenga

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

B: Information om vårt förbättringsarbete ges till pat, efter första eller andra besöket. Beroende på vilken anamnes vi har fått. Och pat sår passar in i vårt ”grupp av sår”

- Information kommer innehålla, syfte och vårt nya arbetssätt. Samt ett samtycke från patienten.

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 länge velat starta ett team med mer kunskap av sår och sårbehandling. Vi har ej kunnat lägga upp en plan hur vi ska göra, och varför inte gått att utföra detta.

Vi träffades på ett av våra utbildningstillfället som vi har gång i månaden och började fungera varför kan vi inte starta denna mottagning.

Hur tar vi hand om våra sår:

- *Ingen klar rutin hur vi ska göra när ett sår inkommer till mottagning*
- *Ingen klar planering vad för typ av sår vi har med att göra*
- *Finns ingen klar rutin vem som ansvarar för såret.*
- *Vi kopplar inte in någon SSK*
- *Läkaren vill ofta att man lägger om ett sår, ingen tydligt plan om vad ska göras ? ska pat åter ? hur följer vi upp detta ?*
- *Använder inte sårmall för dokumentera vad som ska göras.*
- *Bokning görs direkt till USK för omläggning.*

Vilka sår ska vi ta:

Alla sår ? pos op operations sår ? enbart sår på äldre?

- *Vi kom fram att vi ska sår som inte har läkt ihop inom 1 vecka. Oavsett orsak till såret.*

- *Alla Ålder*

Varför:

Medarbetarna känner ett behov av denna kunskap samt känns inte patientsäkert. Vi vill erbjuda en patient säkert vård men också ett roligt arbetssätt där alla kan bidra.

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.

Vi kommer att välja att arbeta med sår. Vi har idag ingen exakt rutin om hur sår ska hanteras och handläggas.

Vi även involvera mera USK kunskap om i själva process om omläggning kommer att ske.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

MÅL : *Vår mål:*

Rutin på hur vi ska hantera viss kategori av sår. Och patienterna får snabbt omvårdnad/ vetenskapligt / senaste rön beh. På detta sätt uppnå ett patientsäkert vård.

Vad är det ni vill förbättra? Hantering av våra sår. Alla arbetar på olika sätt. Vi vill ha en gemensam rutin. Samt att pat får träffa samma personer personal /behandlare.

- Var ska förbättringen ske? Det kommer att ske i mottagningen på VC. Tanken är att när vi har en klar mall och rutin, överföra det till HSV.

- Vilken process är det som ska förbättras. Från att pat tar kontakt med oss angående sitt sår tills såret är läkt.

- Vad förväntar ni er att uppnå med förbättringen? Personalen känner sig säkra om hur vi arbetar och kommer att arbeta. Samt ev minska antal återbesök och korta ner behandling för patienten.

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/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se>

	/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/					
1: Stress	1.1: Involvera alla genom att berätta för alla medarbetare om vår förbättringsarbete på APT. 1.2: Nästa utbildning tillfället ska rutin tas fram 1.3: En ansvarig DSK ska gå på utbildning svårläkta sår i mars					
2: Saknad av kunskap	2.1: 2.2: 2.3:					
3:	3.1: 3.2: 3.3:					
Mått och mätetal (indikatorer) <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/verktyslada-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 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/</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>						
	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Käl la (t. ex . M e d- r a v e)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	<i>Loggat in på kassalogen och tog två pat med sår. Pat har hunnit komma till oss 4 besök innan läkarbesök för bedömning av sårbehandling</i>	4 besök	Feb 2024	2 st besök	T C k a s s a l o g	2024 dec.

Indikator 2	<p><i>Tittar i MEDRAVE</i></p> <p>Tidsperiod 2022-02-01 - 2023-12-20</p> <p>Ålder Alla åldrar inkluderade.</p> <p>Demografi Kön: Bägge kön Avlidna/flyttade pat. inte medräknade</p> <p>Listning & dataurval Yrkesgrupp att analysera: AllaVårdutförare: AllaPatienter: Alla listade på VC</p> <p><i>ÅTG kod HUDsår, omläggning av sår</i></p>	70 pat	Mars 07	Ökning med antal diagnoser . Ingen specifik siffra. Vill fånga om vi får mer diagnoser om vi får hela gruppen att skriva rätt åtgärd kod	2024 dec
Indikator 3	<p><i>Dessa sår diagnoser har vi idag.</i></p> <p>Bensår L97 Bensår som ej klassificeras annorstädes L979 Hudsår UNS L984A Kroniskt hudsår som ej klassificeras annorstädes L984 Öppen sårskada, ospecificerad T141B Sårskada T01P Skrubbsår, ospecificerat T140B Tropiskt hudsår UNS L984E Trycksår L89</p>	Idag enligt MEDRAVE 50 pat på dessa diagnoser	1 mars 2023 till 1 mars 2024	70 pat med diagnoser , inte fler pat, utan ökning av rätt diagnos.	2024 dev
Indikator 4					<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5					<i>T.ex. dec 2024</i>
Kommentar (valfritt):					
<p><i>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.</i></p>					
Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)					
<p>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/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? 					
<ul style="list-style-type: none"> • Använda oss först vår gemensam utbildningstillfället och gruppen av läkare, SSK och USK lägger fram detta förbättringsarbete. • DSK ANNE har fått gå nu på svår läkt utbildningen 7/3 					

- Gruppen som ska arbeta med detta, måste samla igen för att exakt ta fram förslag för hur vi kommer att uppmärksamma detta.
- Få hit kanske olika material föreläsare för att få info om den senaste inom såromläggning.

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

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 i sårgruppen som involverade DSK Anne + DSK Mariem + USK Abeba. Yannica USK slutade sin tjänst hos oss. Verksamhetschefen var också med i denna diskussion. Yannica ersattes ej med en ny USK. Då vi tyckte att det räckte med oss som redan var insatta med del 1 av arbetet.

Vi diskuterade vad som är **syftet** med detta arbete och vad som är **målet**. Gruppen kom fram att SYFTE var att kunna se var förbättringen behövs göra inom området SÅR och målet hitta rutinen. Vilket vi vet att det saknas i vår verksamhet.

Mars 2024 genomförde DSK utbildning av svårläkta sår. Utbildning i venösa sår. Usk Abeba gick utbildning hygien.

Alla SSK och USK var med i utbildning av olika material vid sår. Företagen kom till VC för visa olika material och till vilka typer av sår som det skulle användas. EX vid brännskada och venösa sår.

Maj 2024 DSK Mariem och Anne bokade in ett möte och insåg att man behövde vara smala ner ämnet sår. Vi behövde smala ner till vilka typ av sår som rutinen ska inrikta sig på. Skrapsår och sår som inte behöver läkarvård ska man kunna hantera DSK nivå. Infektion tecken, kopplas läkaren in.

När DSK var klara med arbete om hur vilka sår vi skulle inrikta oss på, skrevs rutinen:

Patienter som ringer till mottagningen med sår som inte har läkt ihop, fast pat har gjort egenvård. Ska bokas till DSK som gör den första bedömning. Mätning av såret utförs samt fota såret. Skriver även hur det ska läggas om, samt bokning av återbesök till USK. Läkare kopplas in vid infektion eller utredning för venösa sår.

SEP första APT visades rutinen för alla i verksamheten. Under APT kom diskussion om att utveckla ett sår rum. Där allt material som behövs, så som kamera, måtbånd finns tillgängligt. Det skrevs en ny rutin om att kamera skulle laddas varje fredag.

Även läkarna blev intresserad över att få utbildning av olika typer sår. Något som planerades in i okt 2024 och genomfördes av DSK Anne.

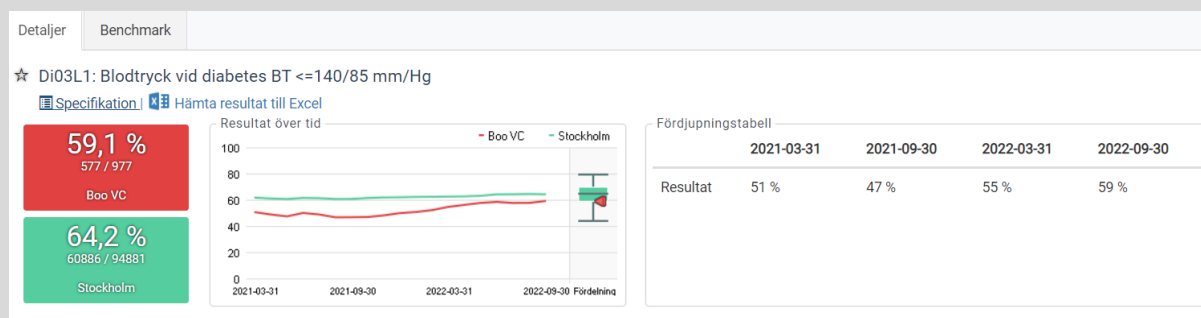
Sommar och sena semester gjorde att vi inte kunder komma igång tidigare.

Nästa steg blev att få in svar från patienter som fick gå igenom behandlingen enligt rutinen. Liten enkäta där frågan: Hur upplevde du din behandling? fick du information om din behandling och anpassade den för dig. Detta har vi inte arbetat igenom, då patienten behandlingar oftast är flera veckor. Få har vi fått in.

Stor i hela, så känner vi att vi fick resultat av detta arbete, genom att ta fram en rutin och att alla fick vara delaktiga i det.

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>Tittar i MEDRAVE</i> Tidsperiod 2022-02-01 - 2023-12-20 Ålder Alla åldrar inkluderade. Demografi	70 pat	2024-02-01	Ökninng med antal diagnoser. Ingen specifik	65 St patient	MEDRAVE	Dec 2024

	Kön: Bägge kön Avlidna/flyttade pat. inte medräknade Listning & dataurval Yrkesgrupp att analysera: AllaVårdutförare: AllaPatienter: Alla listade på VC ÅTG kod HUDsår, omläggning av sår			siffr. Vill fånga om vi får mer diagnoser om vi får hela gruppen att skriva rätt åtgärd kod			
Indikator 2	Dessa sår diagnoser har vi idag. Bensår L97 Bensår som ej klassificeras enligt ICD-10 L979 Hudsår UNS L984A Kroniskt hudsår som ej klassificeras enligt ICD-10 L984 Öppen sårskada, ospecificerad T141B Sårskada T01P Skrubbsår, ospecificerat T140B Tropiskt hudsår UNS L984E Trycksår L89	Idag enligt MEDR AVE 50 patienter på dessa diagnoser	1 mars 2023 till 1 mars 2024	70 patienter	50 patienter	MEDR AVE	DEC 2024
Indikator 3							T.ex. dec 2024
Indikator 4							T.ex. dec 2024
Indikator 5							T.ex. dec 2024
Övriga kommentarer:							
<p>Första indikation var svårt att hitta genom kassalog. Däremot insåg vi att de flesta patienter inte kom så ofta. Så besök frekvenser minskade.</p>							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
<p>Vi har lärt oss att det finns ett stort intresse för utveckling i verksamheter och det är bra att det finns personer som är nyckelpersoner, men vi skulle ha involverat hela gruppen redan från första början. Vi är inte så många medarbetare, så fler idé hade nog kommit fram. Vi tänkte inte på läkargruppen. Då vi tog för givet att SSK / USK sköter oftast det och läkarna tas in vid infektion. Nu har vi lärt oss att läkarna även som vill veta om sår och visade intresse för material och olika typer av sår. Vi lärde oss att hygien är viktig att tas in i arbetet och göra delaktig oavsett vad för förbättringsarbete man utför. Man går oftast på gamla meriter. Något som även läkargruppen erkänner att det finns brister även hos dom.</p>							
<p>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?</p>							

Vi kanske använde det omedveten, något vi inte registrerade in i vårt journal. Eller i vårt förbättringsarbete.

Vi kommer att arbeta vidare med vår lila enkät. Det inte vetenskapligt, däremot viktig information från våra patienter. Kanske nästa utvecklingsarbete.

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.

Vårt plan är att bibehålla vår sår grupp och när någon slutar, att man väljer direkt en ny. Uppdatera vår rutin när det behövs. Revidera den ofta.

Upprätthålla ett egen sårsum. Vi har inom Capio att rutiner ska revideras i gång per år. Så den hamnar automatisk.

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.