

# Capio vårdcentral Högdalen - Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Bensår

### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Capio Högdalen vårdcentral

Verksamhetschef

Helena Piensoho

Verksamhetschefens e-post

helena.piensoho@capio.se

### 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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2024**, **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

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..

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

**Radera EJ text i grå fält.**

## DEL 1 – Planen

### Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Jennifer Settergren

Profession: Läkare/MAL

E-post: [jennifer.settergren@gmail.com](mailto:jennifer.settergren@gmail.com)

### 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 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Sandra Lai, dsk på mottagning. Habab Abboud, usk i HSV. Camilla Svensson, dsk och biträdande vc. Jennifer Settergren, MAL.

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

B: Intervjuer av patienter med kroniska bensår. Om det av tidsskäl är svårt att få till möjligt att utveckla enkät/ge möjlighet för patienter att själva skriva ned förslag på förbättringar och hur de upplever vården.

### **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 många patienter med kroniska bensår och har konstaterat i personalgrupp att detta är en patientgrupp som många upplever svår och tung. Vi saknar idag rutin gällande kroniska bensår och vill utforma ett arbetssätt där vi jobbar och dokumenterar lika. Vid tidigare STRAMA-genomgång kring bensår noterades att flera patienter inte får rätt diagnos utan får till exempel diagnos "Hudsår UNS". Vi har också noterat att patienter med kroniska bensår ofta får träffa flera olika sköterskor/undersköterskor, och vill förbättra kontinuiteten för denna patientgrupp. Att fastställa etiologin till kroniska bensår är av största vikt för att patienten ska få rätt behandling varför vi vill att alla patienter med kroniska bensår ska ha en fastställd etiologi och få behandling därefter.

I rapporten "Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd Svårläkta sår" (Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, 2023-02-16) framgår bland annat att förekomsten av svårläkta sår förväntas öka i takt med en stigande andel äldre i befolkningen, varför det är av vikt att utveckla ett bra flöde för denna patientgrupp. En optimal behandling av patienter med kroniska bensår är viktig framförallt då det minskar lidande för patienten men är även viktig ur ett hälsoekonomiskt perspektiv.

### **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.

Kroniska bensår.

### **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:**

**-Öka andelen patienter med bensår som får rätt diagnos och därigenom rätt behandling.**

**-Utforma en rutin för behandling av kroniska bensår med mål att arbeta på ett strukturerat och samordnat sätt med denna patientgrupp.**

**-Förbättra kontinuiteten för patienter med kroniska bensår.**

#### 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: Avsaknad av rutin gällande bensår

1.1: Utforma rutin gällande kroniska bensår  
1.2: Utse fast vårdkontakt för patient  
1.3: Utbildning i personalgrupp

2: Kompressionsbehandling av venösa bensår missas eller dokumenteras ej

2.1: Utbildning i personalgrupp  
2.2: Genomgång i personalgrupp avseende dokumentation i sårjournal  
2.3: Utforma rutin gällande kroniska bensår

3: Låg andel av patienter med diagnos bensår har dokumenterad bedömning av perifer cirkulation

3.1: Utbildning i personalgrupp  
3.2: Utforma rutin gällande kroniska bensår  
3.3: Genomgång avseende dokumentation i journal

#### 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/verktyslada-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.**

	<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</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Bensår som har etiologisk diagnos</i>	88%	240131	95%	Medrave	<i>Dec 2024</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med diagnos bensår som har bedömning av sin perifera cirkulation registrerat</i>	6,2%	240131	25%	Medrave	<i>Dec 2024</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling registrerat</i>	0%	240131	50%	Medrave	<i>Dec 2024</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Kontinuitetsindex för patienter med bensår senaste 18 månaderna</i>	0,37	240131	0,45	Medrave	<i>Dec 2024</i>
<b>Indikator 5</b>						<i>T.ex. dec 2024</i>

**Kommentar (valfritt):**

Då bensår kan dokumenteras som "hudsår UNS" vilket vi noterat i tidigare STRAMA-genomgång, kommer inte dessa med i statistiken varför utgångsläge för indikator 1 kan vara högre än faktiskt värde.

**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 blev 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?

Vi kommer att börja med ett team-möte där vi ska planera vem som gör vad, till exempel vem som utformar rutin och hur vi på bästa sätt inkluderar våra patienter i vården (om vi ska göra intervjuer eller be patienter skriva ned synpunkter). Vi kommer då även planera in uppföljande möten för avstämningar. Vi ska lyfta på gemensamt möte att vi kommer att börja med detta förbättringsarbete och när rutinen är klar gå igenom denna på gemensamt möte.

**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?**

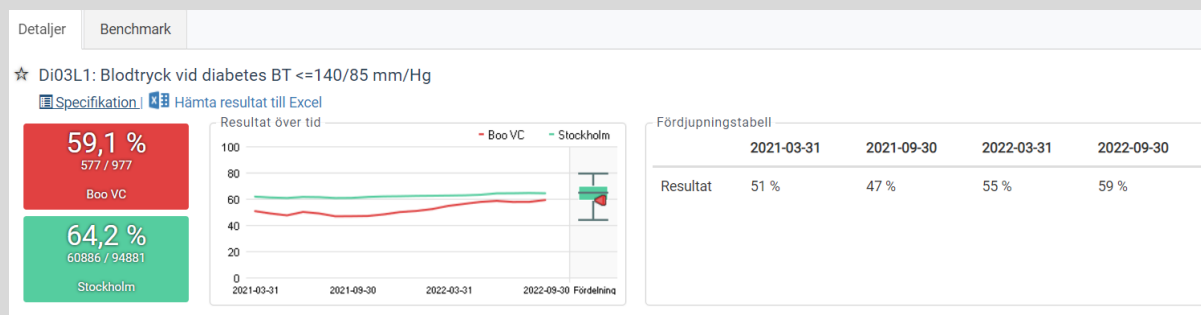
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter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

Det vi jobbat med under året:

1. Ta fram sårutin för kroniska bensår (snart färdigställd), med fokus på vikt av att sätta etiologisk diagnos och att göra utredning (tex ankel-arm-index).
2. För att förbättra kontinuitet och flöde för patienter med kroniska sår har sköterska from hösten 2024 regelbundet gått igenom patientgruppen och bokat in regelbundna besök flera veckor framåt. Detta för att försöka boka patient med kroniskt bensår till max 2 olika sköterskor. Tidigare bokades oftast återbesök i samband med det föregående besöket, vilket resulterade i att patienten ofta fick träffa olika sköterskor utifrån att få tider fanns att välja på med så kort varsel.
3. Ny sköterska som börjat på mottagningen 2024 med intresse för sår har gått utbildning i detta hösten 2024 och kommer att hålla utbildning i personalgruppen februari 2025.

### 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>	<i>Bensår som har etiologisk diagnos</i>	88%	240131	95%	100%	MedRave	241230
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med diagnos bensår som har bedömning av sin perifera</i>	6,2%	240131	25%	21,1%	MedRave	241230

	<i>cirkulation registrerat</i>						
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling registrerat</i>	0%	240131	50%	75%	MedRave	241230
<b>Indikator 4</b>	<i>Kontinuitetsindex för patienter med bensår senaste 18 månaderna</i>	0,37	240131	0,45	0,26	MedRave	241230

**Övriga kommentarer:** Under hösten 2024 började vi jobba med ett annat boknings sätt för patienter med kroniska bensår (se anteckning i föregående fråga under punkt 2). Statistiskt har vi minskat kontinuitetsindex, vilket skulle kunna bero på att vi startade det nya arbetssättet under andra hälften av året, men också pga hög sjukfrånvaro i personalgruppen vilket gjort att initial planering inte kunnat följas.

Utifrån statistik avseende förekomst av diagnos bensår ligger vi på samma nivå som snittet för Region Stockholm på 0,1%, men misstänker att det fortsatt finns en underrapportering avseende detta (att bensår ibland får annan diagnos som tex hudsår).

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Viktigt med tydlig rutin för att få till att vi jobbar lika med denna patientgrupp gällande diagnosättning, utredning och journalföring. Detta för att all personal ska veta hur vi handlägger denna patientgrupp, annars risk att det inte fungerar om tex personal slutar eller är frånvarande av annan orsak.

Sköterskegruppen upplevt det positivt med nytt boknings sätt enligt ovan då detta förbättrat kontinuiteten och att det då snabbare går att fånga upp tex försämrat status när samma personal följer patienten.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättrings arbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Planen var att intervjua patienter med kroniska bensår som följs på mottagningen, vilket tyvärr inte gjorts som planerat utifrån att det varit svårt att få till teamarbetet som planerat enligt nedan.

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.

Förbättrings arbetet har inte gått som planerat då sköterska och undersköterska som var planerade att vara med i teamet slutade på mottagningen. Därefter gjordes ny grupp där personal som var planerade med i teamet blev sjukskrivna, varför det varit svårt att jobba kontinuerligt som planerat. Plan framåt är att färdigställa sårutredningen och gå igenom detta med personalgruppen i samband med att nyligen sårutbildad sköterska ska ha utbildning med personalgruppen.

Vi planerar att fortsatt jobba med kontinuiteten med denna patientgrupp med mål att en patient inte ska träffa fler än 2 olika sköterskor/undersköterskor som följer såret.

Vi kommer att fortsätta att följa statistik i MedRave med mål att öka antal patienter med bensår som har perifer kärlutredning dokumenterad.

**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.

