

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Svårläkta bensår – strukturerat omhändertagande baserad på etiologi

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Capio VC Kungsholmen

Verksamhetschef

Daniel Magnusson

Verksamhetschefens e-post

daniel.magnusson@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 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.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

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

Namn: Anne-Barbara Witte

Profession: Specialist i allmänmedicin

E-post: anne-barbara.witte@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 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

Carina Gustafsson, Distriktssköterska Äldremottagning; Karl S., Sjuksköterska; Mia Isaksson, Distriktssköterska Diabetesmottagning; Mia Lööf, ST-läkare; Per Broman, Distriktsläkare Hemsjukvård

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

Detta år planerar vi att utforma en kort enkät som patienten får fylla i när hen påbörjar sin behandling för bensår och eventuellt vid sista behandlingstillfället.

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?

Se Bilaga 1. Mikrosystem Äldremottagning – en kartläggning utifrån 5-P. Uppdraget för vår nya sköterskeledda äldremottagning inkluderar bland annat att ta hand om svårläkta bensår.

Svårläkta bensår leder till ökat vårdbehov och för vårdcentralen ett ökat resursbehov. Patientens lidande ökar, svårläkta sår går inte sällan med smärta och sänkt livskvalitet. Ett strukturerat omhändertagande, såsom tidig diagnos och rätt behandling, och även kontinuitet, har visat sig öka chanserna till sårsläkning, minska antibiotikaanvändning och lindra symtom.

Definitionen av svårläkta sår är sår som inte läkt eller inte förväntas läka inom fyra till sex veckor. Punktprevalensen i den svenska befolkningen ligger på 0.1-0.3 %. I PrimärvårdsKvalitet kan man se prevalensen för bensår under "Kroniska sjukdomar", vilket möjligen kan likställas med svårläkta sår, 0.2 % av våra patienter har denna diagnos.

Det kan finnas flera underliggande grundsjukdomar att ta hänsyn till och behandla, exempelvis vaskuliter, diabetesrelaterade fotsår, hudtumörer. Andra, mera vanliga, underliggande diagnoser inkluderar venös och arteriell insufficiens, trycksår eller traumatiska sår. Det är viktigt att reda ut etiologin till såret, eftersom det utgör grunden för val av behandling. Ur PrimärvårdsKvalitet framgår att vi sätter etiologisk diagnos hos 70 % av våra patienter, vilket motsvarar snittet i Stockholm och övriga riket. I idealfall skulle vi dock sätta etiologisk diagnos hos 100 % av alla patienter.

De vanligaste orsakerna till ben- och fotsår är cirkulatoriska störningar som venös och arteriell insufficiens samt diabetes. Vi ligger rätt långt under Stockholmsnittet för andel patienter med bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerad, 9.8 % jämförd med 21.5 % i Stockholm. I siffran ingår ankel/armindex eller tåtryck. Antingen är vi dålig på att journalföra våra insatser på rätt sätt, eller så bedömer vi inte den perifera cirkulationen hos våra patienter i tillräckligt stor utsträckning.

40 % av våra patienter med venösa bensår har kompressionsbehandling. Det är visserligen något bättre än Stockholmsnittet, men ingen bra siffra med tanke på att det absolut viktigaste vid behandling av venösa bensår är just att motverka ödem genom kompressionsbehandling. Åter igen så kan detta vara en fråga om journalföring – för att kompressionsbehandlingen ska registreras i Primärvårdskvalitet krävs en särskild åtgärdskod. Om man tittar på antal patienter, ser det i Primärvårdskvalitet ut som att vi bara har fem patienter totalt med venösa bensår, det känns som en låg siffra, bara i hemsjukvården har vi ju fler än fem patienter med ödem och venösa sår, ännu fler lär passera mottagningen.

Avseende diabetessår har vi tittat på andelen patienter med diabetes där vi registrerat ett fotstatus, vilket aktuellt är 82 % (Medrave). Resterande patienter kan utgöras av nydiagnosticerade patienter (inte hunnit göra ett ordentligt fotstatus) eller patienter där vi inte registrerat fotstatus under rätt sökord – vi har dessutom rätt många patienter med diabetes i hemsjukvården som inte har möjlighet besöka vår diabetesmottagning. Naturligtvis ska även dessa patienter få bedömas avseende sin fotstatus, på ett strukturerat sätt. Ålder, samsjuklighet och skörhetsgrad (där högre skörhetsgrad föranleder behovet av hemsjukvård), ökar ju just risken för svårläkta bensår. I Primärvårdskvalitet har vi ur någon anledning en något lägre siffra, 79.2 % av våra patienter med diabetes har enligt Primärvårdskvalitet fått en fotundersökning. Differensen kan möjligen bero på att man i Primärvårdskvalitet enbart tittar 18 månader tillbaka. Stockholmsgenomsnittet är 72.3 %. Hursomhelst, Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorn fotundersökning av personer med typ 2-diabetes har fastställts till ≥ 99 procent, det vill vi försöka nå.

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 har valt att jobba med svårläkta bensår – att skapa rutiner för strukturerad utredning och val av behandling utifrån grundsjukdomar.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Syftet med arbetet är att patienten ska få en tydlig (och korrekt diagnos), att vi, baserad på sårets etiologi och genom ett strukturerat arbetssätt (med personalkontinuitet), arbetar mot korta behandlingstider, smärtfrihet och sparsam antibiotikaanvändning (vilket även innebär förebyggande av sårinfektioner). Ytterst ämnar vi öka patientens livskvalitet. Vår förhoppning är dessutom att vi kommer att kunna jobba mera resurseffektivt med denna patientgrupp.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se>

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

/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/	patientsamverkan: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/
1: Bristande kontinuitet på grund av att sköterskorna roterar mellan olika "funktioner"	1.1: Svårläkta sår ska slussas till vår nya funktion "äldremottagning", där vi jobbar som ett fast team kring patienten.
2: Bristande kompetens	2.1: Internutbildning 2.2: "Spetskompetens" vid äldremottagningen, som också kan fungera som konsult till övriga mottagningen 2.3: Ökat samarbete med Sårcentrum eller hud- / infektionsmottagning. 2.4: Vi kan eventuellt ansluta oss till projektet "Telemedicin Sår" som jobbar med en videolösning för distansmonitorering av sår, som sedan följs av ett specialiserad team som fungerar som konsult.
3: Bristande samarbete mellan vår diabetesmottagning och hemsjukvård vad gäller sår hos diabetiker i hemsjukvården	3.1: Att undervisa sköterskorna i hemsjukvården i genomförande av fotstatus och på vilket sätt det registreras korrekt i journalen 3.2: Eventuellt teambesök där diabetessköterskan är med "på länk" 3.3: Gemensam rond på regelbunden basis.
4: Brist på utrustning	4:1 Att köpa in fler Doppler instrument och ankelmanschetter för att underlätta att ankeltrycksmätningar blir av, just nu delar hela mottagningen och hemsjukvården (med 186 inskrivna patienter) på en enda uppsättning. 4: 2 Vi har nyligen köpt in en kamera till hemsjukvården som möjliggör överföring av bilder till Picsara (i journalen). Äldremottagningen kan behöva en egen kamera. 4:3 Hur får vi tillgång till plattformen Dermicus som möjliggör distansmonitorering inom projektet Telemedicin Sår?
<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 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>	

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 ”balanserande 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	Nuläge = Startläge Andel (Antal)	Datum/period för startläge	Mål	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos	70.4 % (19/27)	28/2-24	80 %	PVQ	Dec 2024
Indikator 2	Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat	9.8 % (5/51)	28/2-24	20 %	PVQ	Dec 2024
Indikator 3	Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling	40 % (2/5)	28/2-24	50 %	PVQ	Dec 2024
Indikator 4	Andel patienter med diagnos diabetes som har fått fotundersökning	79,2 % (477/602)	28/2-24	90 %	PVQ	Dec 2024

Kommentar (valfritt):

”Drömmålet” för samtliga indikationer är 100 %, vi försöker dock sätta rimliga mål utifrån vårt utgångsläge och i första hand se en förbättring ”åt rätt håll”. Vi kommer att titta både på andel och antal, erfarenhetsmässigt underlättar det tolkningen av våra resultat sedan. Man kan redan nu se att det totala antalet patienter med bensår diffar mycket mellan Indikator 1 och Indikator 2, vilket det ju inte bör göra. Anledningen är nog att Primärvårdskvalitet för Indikator 1 inkluderar patienter som fått bensår diagnos + etiologisk kod under senaste 6 mån period, medan man vid Indikator 2 tittar 18 månader tillbaka. Gällande Indikator 4 skulle vi med hjälp av Medrave kunna identifiera diabetes patienter som tillhör hemsjukvården, för att se om det stämmer att andelen som fått fotstatus är lägre i hemsjukvården jämförd med mottagningen.

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-forbattringstrappa/>

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 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?

P- Vår kvalitetsgrupp Äldre som existerar sedan 2 år tillbaka, kommer även i år att ha det övergripande ansvaret för förbättringsarbetet. Föregående år har vi bland annat jobbat med att få igång en sköterskeledd mottagning ”Äldremottagningen”, denna startar nu 7/3-24. Äldremottagningen har en egen tidbok, en väntelista, en egen telefonlinje utan knappval och vi har utformat en checklista för TeleQ personalen över ”patienter som passar äldremottagningen” –

svårläkta bensår ingår i patientgruppen som äldremottagningen ska hjälpa till med. Kvalitetsgruppen kommer att fortsätta försöka träffas en gång per vecka. Kvalitetsgruppens närmaste uppgift blir att utforma patientenkäten.

Att förbättra samarbetet mellan hemsjukvård och diabetesmottagningen, samt utbildning av hemsjukvårdspersonal i fotstatus, ligger däremot just nu på diabetesmottagningens bord, kvalitetsgruppen Äldre kommer enbart att bevaka att rutinen kommer till stånd.

G – "Att göra"

- Patientenkät
- Rutin diabetes och fotstatus i hemsjukvården
- Organisera internutbildningar kring sårutredning och ankeltrycksmätning
- Se över hur vi registrerar fotstatus, bedömning av perifer cirkulation och diagnoser i journalen
- Informera oss närmare om projektet "Telemedicin Sår" för att ta ställning till om det är värt att delta och hur vi i så fall går till väga.

S Kvalitetsgruppen utvärderar löpande arbetet vid äldremottagningen. Vi planerar att gå igenom indikatorerna för kvalitetsarbetet var 3:e månad. Hemsjukvården har ett slags utvecklingsmöte (enhetschef, patientansvariga sköterskor och hemsjukvårdsläkare) en gång i månaden. Kvalitetsarbetet kommer att presenteras vid APT och ledningsgruppsmöten med jämna mellanrum och då kommer vi förhoppningsvis också få feedback kring vårt arbete och vad vi kan behöva justera.

A Vi började tidigt under året med att dryfta idéer kring enkäter, det var dock tyvärr först sent under hösten som patientenkäten blev klar och som några intervjuer kom i gång. Vi lyckades alltså inte åstadkomma några "utgångsintervjuer" att jämföra med intervjuer i slutet av en sårbehandling. När vi märkte att vi inte skulle hinna med arbetet med intervjuerna som planerat, justerade vi frågorna till patienterna från att detaljerat fråga om det aktuella vårdtillfället, till att ställa mer allmänna frågor om hur patienter med svårläkta sår upplever sin vård. Mer om detta i "Slutreflektion".

Parallellt startade vi en annan PDSA cykel: Vi presenterade vi vår projektplan för hela mottagningen och bad om att svårläkta sår i första hand skulle bokas på äldremottagningen. Detta för att bevara kontinuiteten. Problemet blev dock en ökad sårbarhet, då äldremottagningen bemannas av en enstaka distriktssköterska som inte jobbar alla dagar i veckan och som också får diverse andra uppdrag bokade på sig – hon har under hösten varit upptagen med vaccinationer exempelvis. Vi insåg ganska snabbt att mängden patienter med svårläkta sår ändå måste spridas ut på hela mottagningen och att vi får hitta andra sätt att uppnå kontinuiteten, exempelvis genom att en sköterska blir "Såransvarig sköterska" för patienten eller genom att det finns en tydlig omlägningsplan.

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: forbättringsarbeten.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

Se även "Action" i Del 1.

Tidigt under våren bjöd vi in en representant från projektet "Telemedicin Sår" och "Dermicus appen". Vi pratade ihop oss i Kvalitetsgruppen efteråt och kom fram till att applikationen i nuläget inte skapar mervärde för oss. Vi har redan fungerande rutiner för fotografering och dokumentation av sår med hjälp av "Picsara" och ett fungerande samarbete med SÖS Sårcentrum. För att underlätta ytterligare köptes det in en till Picsara kamera och en tredje Doppler apparat (för ankeltrycksmätning), det saknades sådan i hemsjukvården.

Under april månad påminde vi mottagningspersonalen om att vi har ett pågående sårprojekt genom att presentera arbetet på APT och alla fick länk till utbildningen [Äldreomsorgsnätverket: Svårläkta sår \(akademisktprimarvardscentrum.se\)](http://AkademisktPrimarvardscentrum.se), som flertal sköterskor från mottagningen sedan också deltog i.

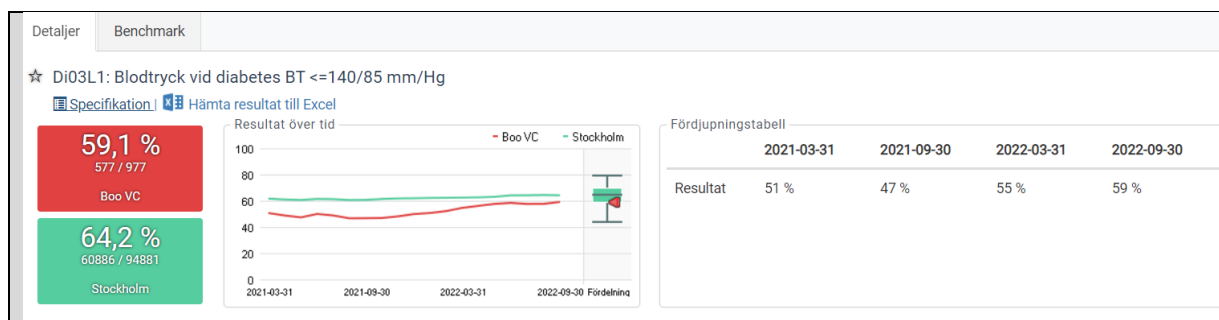
Det var svårt att samla kvalitetsgruppen för regelbundna möten under sommaren. I stället hade vi ett möte mellan diabetesmottagningen, äldremottagningen och två representanter från hemsjukvården för att diskutera ett förbättrat omhändertagande av våra diabetespatienter i hemsjukvården, med fokus på fotstatus. Beslut togs att hemsjukvårdens personal skulle erbjudas en internutbildning i fotstatus och ankeltrycksmätning av en av våra diabetessköterskor.

Under hösten studerade vi en del tidigare kvalitetsarbeten där man hade arbetat fram rutiner för arbetet med Svårläkta sår. Vi ville se om någon av dessa kunde passa vår verksamhet. Flertalet av dessa färdiga rutiner upplevde vi som "överambitiösa" och svårgenomförbara i praktiken. Vi har nu i stället arbetat fram en egen rutin med syfte att öka omhändertagandet baserat på etiologi, samt att registrera detta också, på ett så enkelt och smidigt sätt som möjligt. Se Bilaga 2 "Sårrutin".

November uppdaterades personalgruppen åter om vårt pågående sårprojekt i samband med att vi genomförde "STRAMA självdeklarationen", som i år fick temat "Sår och antibiotikabehandling". Samtliga läkare i tjänst presenterade patientfall för läkar- och sköterskegruppen. Fallen handlade om patienter med olika typer av sår där antibiotika övervägdes. Detta blev ett riktigt fint utbildningstillfälle där vikten av att förstå etiologin till såret lyftes en extra gång. Exempelvis kan ju venösa bensår skapa både rodnad, svullnad och sekretion, där behandlingen sällan är antibiotika och däremot alltid kompression (om möjligt).

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. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos	70.4 % (19/27)	28/2-24	80 %	67.9 % (19/28)	PVQ	31/12-2024
Indikator 2	Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat	9.8 % (5/51)	28/2-24	20 %	23.9 % (11/46)	PVQ	31/12-2024
Indikator 3	Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling	40 % (2/5)	28/2-24	50 %	63.6 % (7/11)	PVQ	31/12-2024
Indikator 4	Andel patienter med diagnos diabetes som har fått fotundersökning	79.2 % (477/602)	28/2-24	90 %	80.1 % (510/637)	PVQ	31/12-2024
Indikator 5							T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

Indikator 1: Vi har tittat lite på vilka diagnoskoder som används och noterat att "bensår + etiologi" diagnoser som exempelvis ICD I83.0 "Varicer i nedre extremitet med bensår" används förhållandevis sällan. En anledning kan vara att patienterna ofta bara träffar sjuksköterskor som inte alltid har kompetensen eller inte vågar sätta ny diagnos.

Vi har även noterat att det totala antalet patienter för indikator 1 (nämnaren) skiljer sig markant från indikator 2, fastän det handlar om samma patientgrupp. Ju mindre antal, ju mera svårtolkad är resultatet. Anledningen är troligen att Primärvårds kvaliteten för Indikator 1 inkluderar patienter som fått bensår diagnos + etiologisk kod under senaste 6 mån period, medan man vid Indikator 2 tittar 18 månader tillbaka.

Indikator 2: Vi skickar förhållandevis många patienter med svårläkta sår till Fysiologkliniken S:t Görän för PCU (Perifer Cirkulationsutredning). Anledningen är att man då även gör tåtrycksmätning och pulsflödesbedömning vilket vi inte kan göra hos oss och vilket kan ge värdefull information. Den (ganska stora) gruppen av patienter som undersöks där, kommer inte med i ovanstående resultat.

Indikator 3: "Ibland handlar mycket av det här om hur vi registrerar vad vi gör, mer än vad vi faktiskt gör", sade en klok medlem i kvalitetsgruppen när vi försökte tolka våra siffror. Nämnaren är alldeles för låg. Vi har många patienter i hemsjukvården och på mottagningen varje vecka, som

är i behov av lindning, nämnamnaren borde vara högre än 5 respektive 11. Glädjande nog har vi i alla fall ökat både täljaren och nämnamnaren vilket troligen är en direkt konsekvens av vår ansträngning att sätta rätt diagnoser.

Indikator 4: Vi har fått fler patienter med diabetes listade på oss (om man tittar på nämnamnaren). Det kan vara så att vi inte hunnit träffa riktigt alla än, vilket i så fall skulle förklara att vi procentuellt inte har förbättrat oss nämnamnvärd. För att nå målet 90% skulle vi behövt registrera fotstatus hos 63 fler diabetespatienter. En annan anledning kan vara att den planerade utbildningen av hemsjukvården gång på gång skjutits upp och nu planeras i februari. Även om man inom hemsjukvårdsteamet blivit mera medveten om vikten av att registrera ett fotstatus, misstänker vi att många av diabetespatienterna i hemsjukvården ännu inte fått sådant registrerat. En annan fråga är också hur vi registrerar. Använder vi alla KVÅ koden: Enkel fotundersökning?

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att inte lägga all vård av svårläkta sår på en och samma resurs utan att fler på mottagningen behöver utbildas/fortbildas i sår och behandlingsstrategier.

Att kontinuitet inte behöver betyda att patienten träffar samma vårdgivare vid varje omläggningstillfälle utan att kontinuitet också kan uppnås genom noggrann dokumentation och strukturerad vårdplan.

Att teamarbete är viktigt kring dessa patienter och att det är lättare att få till spontana teambedömningar om PAL och PAS (alt. läkare och sköterska) sitter fysiskt nära varandra på mottagningen.

Att en engagerad och väl insatt ledningsgrupp/verksamhetschef är en förutsättning för att alla på mottagningen ska se värdet av den tid som måste läggas ned på ett förbättringsarbete och få tid avsatt för detta.

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?

I samband med arbetet har vi försökt uppmuntra patienter till delaktighet. Vi har varit tillgängliga för frågor och haft högt i tak för synpunkter. Speciellt en patient tog detta på stort allvar och dokumenterade sårets läkningsprocess noga, lämnade veckovis brev med tankar och funderingar och kom själv med förslag på nästa steg. Nämnda patient har en blandad venös och arteriell insufficiens med återkommande bensår bilateralt, vi har lärt oss mycket av detta utomordentliga samarbete.

Vi utformade även en enkel enkät, i vilken vi ställde frågan huruvida patienten upplever att hen fått en förklaring till varför såret inte läkte. Vidare undrade vi vad patienten var mest nöjd med, samt vad vi på vårdcentralen kan göra bättre.

Vi har tyvärr bara hunnit intervjua ett fåtal patienter. Dessa svarade dock ganska snarlika och vi har fått kunskap om att nästan alla saknar tillräcklig information om sitt/sina sår och sårläkning. Vi har också hörsammat att en del patienter inte kunnat se läkarens delaktighet och önskat mer kontakt med läkaren. Sköterskans arbete var man i regel nöjd med och man upplevde från patientens håll att kontinuiteten var god. Att vi kan göra hembesök uppskattades särskild.

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.

Som nästa steg planerar vi att införa vår nya sårrutin. ST läkare Mia Lööf kommer att presentera rutinen för hela vårdcentralen vid ett av nästkommande APT och vi tänker även sätta upp rutinen (och checklistorna) i varje omlägningsrum. Läkarna ska få var sin inplastade diagnoslista.

På så sätt hoppas vi kunna uppnå att fler läkare och distriktssköterskor kan sätta rätt diagnos och etiologisk diagnos på patienter med bensår.

Vi vill vidare verka för ökat teamarbete och att det även kommuniceras till patienten när beslut har tagits i team. Även om läkaren inte alltid träffar patienten själv, bör vi försöka synliggöra läkarens samverkan kring sårbehandlingen, exempelvis genom att förklara för patienten att husläkaren kommer att få information om sårets existens och kan ta del av sårjournalen. Vi behöver bli bättre på att förklara för patienten hur vi lägger upp planeringen, hur vi samarbetar och att det som dokumenteras både i skrift och foto är till för att hela teamet ska kunna följa förloppet.

Vi har tankar om att öka patientens delaktighet i sin egen vård genom muntlig kunskapsöverföring och genom en patientbroschyr.

Vi bör ha fler internutbildningstillfällen avseende sår, etiologi samt sårbehandling, alla personalgrupper ska känna sig trygga med handläggningen.

Under förbättringsarbetets gång var vi tvungna att förändra ansats avseende kontinuitet, då vi tidigt under arbetet försökte boka in alla patienter till en och samma sköterska men efter ett tag insåg vi att det inte var rätt sätt för bäst kontinuitet.

September 2025 kommer mottagningen att flytta till andra rum (i samma byggnad, vi flyttar ihop från två till ett våningsplan). Det är viktigt att man under planeringen tar hänsyn till att läkare och sköterskor som jobbar mycket med svårärläkt sår får sitta nära varandra.

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 forbättringsarbeten.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.