

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: **Bensår**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Nynäshamn	
Verksamhetschef Daniel Cabelduc	Verksamhetschefens e-post Daniel.Cabelduc@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: Kristin Nikolausson Katja Raetz
Profession: Distriktssköterska Specialistsjuksköterska vård av äldre
E-post: Kristin.Nikolausson@capio.se Katja.Raetz@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 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: Sirin Ulusoy, ST-läkare

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

B: Informationsbrev till patienterna om förbättringsarbetet kommer skapas och hängas upp i väntrummen. Vi informerar även personligen patienterna som kommer till mottagningen.
Förslagslåda.

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 ser i Primärvårdskvalitet att endast en liten andel av patienter med bensår har de senaste 18 månader en registrerad ankeltrycksmätning. Enligt Viss.nu ska ankeltrycksmätning göras hos alla patienter initialt och därefter vid försämring och minst en gång per år vilket inte görs i dagsläget. Ankeltrycksmätning är en del i att hitta läkningshämmande faktorer och avgörande för vidare handläggning av patienten.

Vi har noterat att många av våra patienter med bensår saknar en etiologisk diagnos. Detta gör att det är svårt att skaffa en överblick över patienterna och gör att en del mätvärden i Medrave inte är tillförlitliga då patienter registreras med felaktig diagnos. En del av förbättringsarbetet är att vi skaffar oss en överblick över antalet patienter som har bensår. Vid tidpunkten 2023-12-31 har enligt Primärvårdskvalitet 88 procent av våra patienter med bensårsdiagnos också en etiologisk diagnos vilket vi misstänker är felaktig. En felkälla är att det används diagnos Hudsår UNS på bensår.

För att kartlägga antalet patienter med bensår genomförde vi en journalgranskning för samtliga patienter över 18 år som mellan 23-01-15 – 24-01-15 fått diagnosen Hudsår UNS. Bland dessa hittade vi 30 patienter med bensår utan att ha någon bensårsdiagnos. Vi gjorde också en sammanställning av samtliga patienter med någon form av bensårsdiagnos - varicer (I830, I832), ospecificerat bensår (L979, L979X), diabetisk fotsår (E116D, E106D), ateroskleros (I702C, I702A). Tillsammans gav detta 71 enskilda patienter som har fått behandling för bensår under perioden 23-01-15 till 24-01-15. Av dessa har 27 patienter en etiologisk diagnos.

Av dessa 71 patienter har 45 patienter rökvanor dokumenterade. Med tanke på att rökning påverkar sårhelningen negativt är det av största vikt att tillfråga patienter med bensår om rökvanor som en förutsättning för att kunna ge anpassad rådgivning (www.viss.nu). Därför är en målsättning med förbättringsarbetet också att öka andelen patienter som tillfrågas om sina rökvanor.

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/verktyglada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Övergripande målet är att förbättra vården av patienter med bensår genom att öka följsamheten av omvårdnadsprogrammet för bensår enligt VISS (<https://viss.nu/kunskapsstod/omvardnadsprogram/bensar---omvardnad>), vilket kan bidra till snabbare läkning och därmed kortare vårdtid för patienterna samt också ökat välbefinnande och minskat obehag.

Ett delmål är att öka andelen patienter som på ett strukturerat sätt följs upp med ankel-arm-index.

Ett annat delmål är få ett förstärkt samarbete mellan yrkeskategorier, dvs. personalen som lägger om såren och läkare som sätter diagnosen, med syfte att öka andelen patienter som får en etiologisk diagnos.

Tredje delmålet är att i större utsträckning identifiera läkningshämmande faktorer, där vi väljer att koncentrera oss på rökning.

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/verktyglada-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 verktyglåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-patientsamverkan/>

1: Låg kunskap om diagnossättning

1.1: Utbildning om diagnossättning
1.2: Online-utbildningar bensår
1.3: Skapa lathund för djupgående anamnes,

2: För lite samarbete mellan ssk/dsk/usk som lägger om såren och läkarna som sätter diagnos

2.1: Sår rond en gång i månaden för dsk/ssk/usk + läk vid behov
2.2: Skapa fast tid i tidbok hos läkare för diagnossättning, veckovis

3: För lite kunskap och bristande följsamhet gällande rutin för såromläggning

3.1: Utbildning om ankel-arm-index.
3.2: Genomgång av sår rutinen

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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diagnos: bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat	11,8 %	231231	50 %	Medrave	241231
Indikator 2	Andel patienter med bensår som har en etiologisk diagnos	38 %	240115	60 %	Medrave , journalgranskning	241231
Indikator 3	Andel patienter med bensår som har rökvanor dokumenterad	63,4 %	240115	80 %	Medrave , journalgranskning	241231

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?

- Informationsbrev till patienten skapas så att det är klart till förbättringsarbetet startar.
- Information till personal ges dels på morgonmöte för alla medarbetare, på ssk-dsk-möte samt på APT. Genomgången av sårrutinen har redan gjorts för all personal men upprepas under året.
- Gällande ankel-arm-index specificeras i den lokala sårrutinen att ankel-arm-index ska hos nyupptäckta bensår tas inom de första 14 dagar, efter det minst en gång per år.
- På ssk/dsk-möte i början av mars görs en kartläggning av kunskapen att genomföra Ankel-arm-index. Biträdande verksamhetschef kommer boka in fotterapeut från Akademisk primärvårdscentrum till mottagningen för utbildning fotstatus inkludera ankel- arm-index under första kvartalet 2024.
- För att förbättra diagnossättningen skapar vi dels en lathund för fördjupad anamnes som ska ge de fakta som läkare behöver för att ställa diagnos, dels görs en genomgång av diagnosticering tillsammans med MAL för både läkare och ssk/dsk. I lathunden ingår även frågan om levnadsvanor, bland annat rökning. Detta planeras vara klart första kvartalet 2024.
- Samtliga dsk/ssk/usk uppmanas att genomföra online-utbildningen Sårbehandling på Lätorget under året, helst klart innan slutet av andra kvartalet 2024.
- För att förbättra diagnossättningen av patienter med bensår skapas avsatt tid varje vecka hos minst en läkare för att kunna ta upp nyupptäckte sår.
- Efter sommarsemestrarna i slutet av augusti görs en journalgranskning för uppföljning. Förbättringsarbetet kommer tas upp på ssk/dsk-möte samt APT efter sommaruppehållet, som påminnelse och uppföljning.

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

Förbättringsarbetet togs upp återkommande på mottagningsmöten på vårdcentralen. I starten och efter sommaren togs arbetet upp på APT för hela vårdcentralen.

Ett första steg var att förbättra diagnossättningen av bensår. Vid starten av förbättringsarbetet upptäckte vi att siffrorna i Medrave PrimärvårdsKvalitet gällande bensår uppenbarligen inte var tillförlitliga, varför vi valde att göra en manuell journalgranskning för indikatorer 3 och 4 med hjälp av patientlistor, se ovan del 1. Vårdcentralens MAL gjorde en genomgång av diagnossättningen för bensår med samtlig personal inklusive läkare vid uppstarten. Sjuksköterskorna uppmanades att vid journalföringen av omläggningar undvika att använda diagnoskod Hudsår UNS vid bensår. Hos patienter där det saknas en etiologisk diagnos gällande bensår förankrades att diagnoskod L979 (Bensår som ej klassificeras annorstädes) ska användas. Vi kan nu se att andelen listade patienter med bensår på vårdcentralen ligger långt över snittet för Region Stockholm och riket. Detta gör att vi nu kan använda oss av PrimärvårdsKvalitet för att hitta patienter med bensår som saknar etiologisk diagnos eller behöver en bedömning av sin perifera cirkulation.

Vi valde att göra en egen internutbildning för samtliga sjuksköterskor om hur man gör fotstatus och ankeltrycksmätning, där erfarna sjuksköterskor undervisade i det och övriga kunde öva på det.

För att öka andelen etiologiska diagnoser planerade vi för sår rond med läkare. Detta kunde inte genomföras då avsedd läkare slutade på VC. Istället läggs ärenden upp som konsultärenden i läkares kalender på avsedd tid för att kunna sätta diagnoser eller bedömer behov om vidare utredning. Detta förutsatt att anamnesen ger tillräckligt information för det. Därför implementerades en lathund för sår anamnes för sjuksköterskorna. Lathunden innehåller bland annat frågan om sårets uppkomst, sårstatus, smärta, bakomliggande sjukdomar och rökstatus. Under hösten påmindes om att följa den då vi såg förbättrat resultat men att det fortsatt glömts bort att exempelvis fråga efter rökvanor.

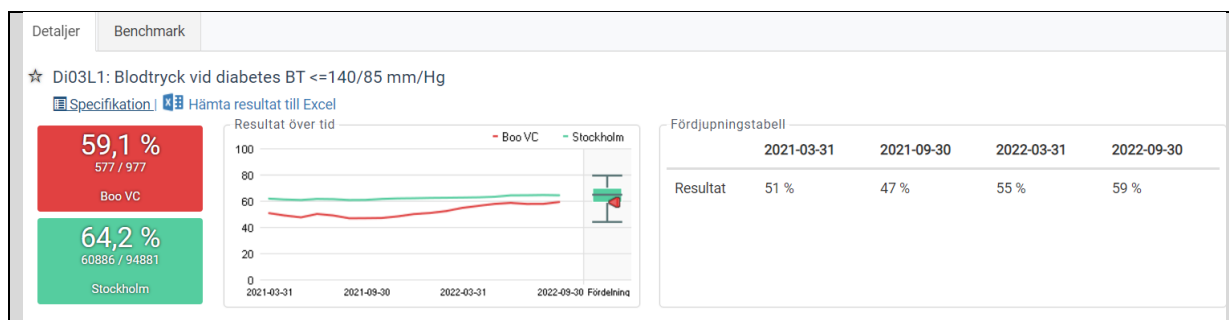
För att följa upp diagnossättningen togs underlag fram från PrimärvårdsKvalitet under hösten 2024 för att hitta patienter där diagnosen saknades. Patienter som vid den tidpunkten hade fortsatt aktuellt bensår sattes då upp som konsultationsärende till läkare.

För att följa upp bedömning av perifer cirkulation togs även dessa siffror fram från PrimärvårdsKvalitet. De som hade fortsatt aktuella bensår bokades då in för ankeltrycksmätning, en del patienter remitterades till tåtrycksmätning.

Majoriteten av sjuksköterskorna har genomfört kursen sårbehandling på Lärtorget vilket har bidragit till ökat kompetens. Att göra den här kursen tas upp med nyanställda som del av introduktionen.

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 diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat	11,8	231231	50	38,3	Medrave Primärvårds-Kvalitet	241231
Indikator 2	Andel patienter med bensår som har en etiologisk diagnos	38	240115	60	67,4	Medrave, journalgranskning	241231
Indikator 3	Andel patienter med bensår som har rökvanor dokumenterad	63,4	240115	80	72,1	Medrave, journalgranskning	241231

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Kunskapen om sår och sårbehandling har förbättrats. Även om vi inte har nått alla målen har det strukturerade omhändertagandet av bensår förbättrats, alla sjuksköterskor kan nu utföra ankeltrycksmätningar och blivit mer rutinerade i det.

Samarbete kring patienten mellan olika yrkeskategorier har förbättrats. Fler patienter med bensår har nu en dokumenterad omvårdnadsansvarig sjuksköterska, även om det inte var en uttalad målsättning av förbättringsarbetet. Det har lett till bättre samarbete och samsyn mellan sjuksköterskor och

undersköterskor, då undersköterskorna då har en ansvarig sjuksköterska att vända sig till vid frågor om exempelvis försämring av sår eller önska byta omläggningssmetod.

En stor vinst är att diagnossättningen har förbättrats vilket gör att vi nu lättare kan följa upp patienter med bensår och snabbare hitta rätt behandlingsregim eller kan göra nya åtgärder vid behov. I målsättningen av förbättringsarbetet har vi tittat på diagnossättningen för hela året 2024. När vi kontrollerar i PrimärvårdsKvalitet som redovisar de senaste 6 månaderna ser vi att andelen med etiologisk diagnos är högre än vårt slutresultat. Andelen ligger 2024-12-31 på 79,7 procent.

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?

Informationen om förbättringsarbetet satts upp i samtliga väntrum med uppmaning att vända sig till personalen vid funderingar och synpunkter. Vi har sett att det är en stor fördel med en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska för patienter med bensår vilket nu är del av vår sårrutin. Detta ger kontinuitet i behandlingen och också i patientkontakten, vilket i sin tur ger ökad kännedom och förtroende mellan patienten och sjuksköterska.

Detta gör också att patienten får mer utrymme för att uttrycka sina upplevelser av olika behandlingsregimer. Ökade kunskap hos sjuksköterskan gör att tydligare information om sårbehandlingen kan ges vid patientmötet, om de olika materialen vi använder, vad de är bra för och vilket syfte de har. Patienten ges utrymme att förmedla sina upplevelser, till exempel om ett material upplevs smärtsamt eller ge klåda med mera. Ett annat exempel är behov av kompressionslindning, där vi eftersträvar att alltid förklara syftet med det. Det är viktigt att patienten förstår vår plan och tanke med det och är införstådd med behandlingen vilket ökar följsamheten och acceptansen.

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.

Vi kommer att uppdatera vår sårrutin enligt det som framkommit i förbättringsarbetet, exempelvis såranamnesen och när det gäller samarbete med läkarna.

Vi kommer att använda oss av PrimärvårdsKvalitet för uppföljningar varje kvartal. I samband med det ska frågan lyftas på personalmöten för att påminna om de parametrar som är del av kvalitetsarbetet såsom rökstatus, ankelindex och etiologisk diagnos.

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.