

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Bensår

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Väsby	
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	Verksamhetschefens e-post Fahimeh.lamian@capio.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> 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 <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Fahimeh Lamian Spec i allm med <a href="mailto:Fahimeh.lamian@capio.se">Fahimeh.lamian@capio.se</a>
Hanna Najmudeen - ST-läkare <a href="mailto:hannah.najmudeen@capio.se">hannah.najmudeen@capio.se</a>
<b>Att involvera flera</b> Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• 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.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner
Nathalie Fredlund Lundroth- Specialistsjuksköterska Gunilla Danielsson - Distriktssköterska
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande. <sup>7</sup>
B: Via patientråd (en grupp patienter som har återkommande kontakt med Väsby vårdcentral som kan hjälpa till med synpunkter och fungera som ett bollplank för förbättringsarbete) Ställa frågor till patienter med bensår, i samband med besök till oss, om dom känner sig involverad och informerad i sin behandling, om de fått råd om egenvård samt deras upplevelse av omhändertagandet.

### **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?**

Bensår är ett folksjukdomsområde som för det mesta diagnosticeras och behandlas inom primärvården. I Sverige uppskattas 0,1 - 0,3 % av den svenska befolkningen ha pågående och svårläkta bensår, det motsvarar ca 20 000 patienter.

Patienter med svårläkta bensår är ofta äldre och sköra och drabbas som följd av bensåren av smärta och försämrad livskvalitet.

För hälso- och sjukvården är denna patientgrupp resurskrävande och står för en stor kostnad av hälso- och sjukvårdsbudgeten, vilken beräknas till ca 2 - 4 %. Detta enligt Primärvårdskvalitet.

På Väsby vårdcentral möter vi dagligen patienter med svårläkta bensår, en del patienter genomgår såromläggningar flera gånger i veckan under månadslånga perioder. För en del andra patienter läker såren men såren återkommer efter ett tag.

Enligt Primärvårdskvalitet via Medrave har vi i nuläget 0,2 % av våra listade patienter, vilket motsvarar 22 stycken, med förekomst av diagnos bensår.

Vi har uppmärksammat att vi saknar tydliga rutiner för omhändertagandet av patienter med kroniska sår. Vi ser ett fortsatt behov av tidig diagnostisering och bättre journalföring för att optimera patientens behandling.

Idag träffar patienterna olika sjuksköterskor/undersköterskor/DSK, och vi ser att val av omläggingsmaterial varierar. I många fall är journalen bristfällig, det saknas dokumentering om smärt- och näringsstatus, fotodokumentation saknas, en del patienter som hade behövt kompressionsbehandling har inte fått det och behandlingsplan saknas. Detta tror vi kan ha varit bidragande till förlängd sårhäkning.

### **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.

**Svårläkta bensår**
**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:**

1. **Öka andelen patienter med etiologisk diagnos.**
2. **Öka andelen patienter med venösa bensår som erhållit adekvat kompressionsbehandling**
3. **Öka andel patienter där perifer cirkulation finns registrerad**

För att nå våra mål behöver vi i personalgruppen omhändertaga patienter med bensår på samma sätt. Vi vill därför utarbeta en rutin för omhändertagande av patienter med svårläkta bensår, detta för att öka förutsättningar för snabbare sårsläkning, minska patientens lidande och minska kostnader för vårdcentralen och samhället i stort.

**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: Otydliga eller bristande rutiner:**

Det finns bristande eller otydliga rutiner för diagnostik och behandling av svårläkta bensår.

**1: Utarbeta och implementera en sår rutin:**

Uppdatera våra rutiner för att öka förutsättningarna för sårsläkning.

**2: Behov av kunskapsutveckling:**

Behov av ökad kunskap i sårvård och behandling.

**2: Kompetensutveckling:**

Erbjud utbildning och fortbildning för vårdpersonalen. T.ex. genom webbutbildning, via lärandemöten där personal utbildar varandra (diabetessköterskan kommer utbilda i bedömning av perifer cirkulation)

**3: Bristfällig dokumentation:** Dokumenterar inte sårstatus, använder inte sökorden, tar sällan foton

**3: Få in korrekt dokumentation i sår rutinen:**

Få in i rutinen hur vi ska dokumentera omhändertagandet av patienter med bensår, vilket ökar förutsättningarna att vi arbetar och dokumenterar på samma sätt.

**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 processmåten 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 start-läge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå mål-värdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Be02: Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos	81,8%	2024-01-23	90%	PVK	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Be03: Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling  KVÅ-kod DP005	0%	2024-01-23	20%	PVK	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Be04: Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin perifera cirkulation registrerat  KVÅ-kod AP032, AP057 eller AP059	11,1%	2024-01-23	20%	PVK	2024-12-31

**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 dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

*Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.*

**Planera:**

Personalen ska få genomgå digital utbildning i sårvård under början av året.  
Vi ska utforma en rutin gällande omhändertagande av patienter med bensår.  
Vår diabetessköterska kommer utbilda samtlig personal i mätning av ankeltryck.

Vi ska kontinuerligt informera övrig personal på vårdcentralen, gällande pågående process. T.ex. på APT och yrkesspecifika möten.

**Göra:**

Vi utvärderar vartefter och justerar.

En del av personalgruppen har gått digital sårvårdsutbildning 2024-03

En rutin är skapad 2024-03

Personalen är utbildad i ankeltryck 2024-03

**Studera:**

Efter att aktiviteterna har genomförts kommer vi att utvärdera resultaten för att se om vi har lyckats genomföra dem enligt planen och om de har gett de förväntade resultaten. Vi kommer också att undersöka eventuella positiva eller negativa bieffekter av aktiviteterna och dra slutsatser från våra observationer.

**Agera:**

Utifrån ett initialt förslag på arbete har vi valt att begränsa och justera våra mål utifrån utgångsläget inom vår verksamhet.

**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

Vi har inlett arbetet med att definiera vad som avses med svårläkta sår. Med stöd av VISS.nu har vi tagit fram en lokal rutin för att säkerställa en mer systematisk och effektiv hantering. Under processen identifierades behovet av att involvera två nyckelpersoner: en hygienansvarig sjuksköterska och en distriktssköterska. Gruppen har formulerat nya rutiner, (bilaga 1&2) kartlagt personalens utbildningsbehov och identifierat vilka medarbetare som kan genomföra duplexundersökningar. En genomgång av sårjournaler genomfördes också för att tydliggöra vilka delar som är viktiga att inkludera i dokumentationen.

Vårdcentralens verksamhetschef fick i uppdrag att granska sårjournalföringar och ge återkoppling till personalen. Dessa förbättringspunkter presenterades och diskuterades med alla medarbetare. Målet med arbetet har varit att skapa tydliga riktlinjer för att hantera svårläkta sår, fastställa när utredningar ska inledas, när patienter ska remitteras och när läkarkontakt bör tas.

Som en del av detta initiativ har all personal fått utbildning i att använda rätt dokumentationsmallar och ställa korrekta diagnoser – något som är avgörande för att förbättra sårvården. En del av personalen deltog även i en webbutbildning för att fördjupa sina kunskaper om definitionen av svårläkta sår och för att säkerställa rätt behandling. Under arbetets gång framkom också att det är nödvändigt att involvera vår fotvårdare, som är en underleverantör, för att komplettera arbetet med patienternas sårvård.

En annan viktig del av arbetet har varit att införa regelbundna uppföljningar av patienter med svårläkta sår. Särskild vikt har lagts vid att dokumentera sårens utveckling med hjälp av fotografier. För att säkerställa att kamerautrustning alltid är tillgänglig har vi implementerat en ny rutin för hantering och utlåning av kameran. Dessa rutiner gäller både verksamheten och hemsjukvården, som nu har överlämnats till en underleverantör. (bilaga 3)

Under arbetets gång har vi mottagit några avvikelser från sjuksköterskor som belyste behovet av att förbättra såromläggningar samt säkerställa användningen av rätt material. Som ett resultat deltog all omvårdspersonal (SSK, USK) i en lunchutbildning med fokus på att säkerställa att rätt material används för rätt typ av sår.

Vidare framkom att undersköterskor behöver ha en mer aktiv roll i att diskutera patienters status och boka sårkontroller hos distriktssköterskor. Detta säkerställer att rätt material används och hjälper till att identifiera orsaker till utebliven sårhäkning.

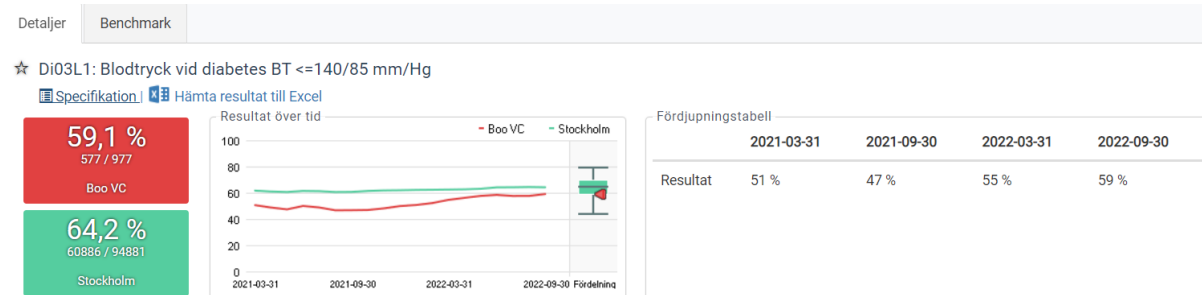
Som en del av arbetet har vi även genomfört en praktisk internutbildning för undersköterskor och ansvariga sjuksköterskor i att utföra ankeltrycksmätningar.

Samarbetet med läkare har intensifierats, vilket har möjliggjort snabbare utredningar och remitteringar till sårkontroller, och vi ser redan en förbättrad samordning och resultat. Inom hemsjukvården, där vi tidigare hade ansvar för sårvården, har förbättringsarbetet redan gett konkreta resultat. För en patient med omfattande sårvård kunde omläggningstiden minskas från fyra timmar till 2,5 timmar per tillfälle. Samarbetet med hud- och reumatologmottagningarna har också skapat bättre förutsättningar för diskussioner kring materialval, vilket förbättrade dokumentationen. Journalföringen blev tydligare, och vi kunde bättre följa upp och jämföra sårhäkning över tid

I samband med patientbesöket frågade personalen om smärta genom två enkla frågor: Har du smärta? Hur skulle du bedöma smärtan på en skalan?

## 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:**



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Be02: Andel patienter med bensår som har etiologisk diagnos	<b>81,8%</b>	2024-01-23	90%	94%	PVK	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Be03: Andel patienter med venösa bensår som har kompressionsbehandling  KVÅ-kod DP005	<b>0%</b>	2024-01-23	20%	33%	PVK	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Be04: Andel patienter med diagnos bensår som har en bedömning av sin	<b>11,1%</b>	2024-01-23	20%	20%  Enl PVK 8.6 % Manuell kontroll Visade på 4 fler pat	PVK	2024-12-31

	perifera cirkulation n registrerat  KVÅ-kod AP032, AP057 eller AP059						
--	---	--	--	--	--	--	--

**Övriga kommentarer:**

Felkällor:

Statistik i PVK är ej uppdaterad enl manuell kontroll via listor i MedRave, vilket påverkat indikator 3

Vi har sedan oktober haft en underleverantör för vår hemsjukvård, här har vi 5 pat med bensårsdiagnos där ankeltryck ej är utfört.

Diagnos kan initialt vara satt av annan vårdgivare, och vid övertagandet inte blivit registrerad av oss och uppdaterad.

En del av de patienter som fått en bensårsdiagnos där inte ankeltryck är utfört, skulle kanske haft en annan diagnos kopplat till såret, tex hudsår uns. Vi har noterat några sådana patienter i listan för indikator 3.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vikten av rätt diagnosättning För att vi ska hitta våra patienter i statistiken, får att vi ska kunna utvärdera omvårdnaden av sårpatienter

Dokumenteringen har blivit bättre och vi använder sårjournal, vilket gör det lättare att ta över en patient från en kollega. Och vi har minskat vårdtiden då vi har lättare att utvärdera behandlingen och på så sätt uppmärksamma patienter som gått länge för ett och samma sår, eller visar tecken på infektion.

Detta har gjort att vi jobbar bättre i teamet och följer behandlingsplanen, vilket i sin tur leder till bättre omhändertagande av våra patienter

Vi har blivit bättre på att fråga patienten om ev smärtproblematik.

Vid första kontakt med patient som har ett nytt sår ska vi ta en anamnes gällande bakomliggande riskfaktorer, tex rökning, kost, fysisk aktivitet, det kan vi bli ännu bättre på att göra.

Vi har ökat fotodokumentationen av patienternas sår.

Vid implementering av nya rutiner och arbetssätt är det viktigt att påminna regelbundet och stötta varandra i nya arbetsmoment. Bilagan 1 och 2

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?

Vårt patientråd har blivit informerade om vårt pågående kvalitetsarbete och där har vi bett om synpunkter, de var mycket positiva till arbetet.

De patienter där vi tagit ankeltryck har tyckt att vi tagit deras sår på allvar och känt sig väl omhändertagna.



I samband med omläggning sker samtal om tex smärta, det allmänna måendet och information om läkningsprocessen.

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 har utarbetat en bra lokal rutin som vi ska fortsätta att följa. (Bifogar rutiner 1,2 &3)  
Rutinen kommer att ingå introduktion av nya medarbetare.

Fortsätta att jobba med att rätt diagnos sätts, uppdateras och används på rätt sätt.  
Detta gäller även KVÅ koder, så vi i fortsättningen kan följa vår statistik.

Kontinuerligt ha utbildning gällande sårvård.

Bli bättre på att skicka frågeremisser med fotodokumentation till hudmott, i de fall vi behöver specialistkompetens.

Fortsätta att jobba tillsammans i teamet.

**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](mailto: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.