

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga vårdcentral	
Verksamhetschef  Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

### del 1 och del 2

#### 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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattringsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattringsarbeten.hsf@sll.se) senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [QRc:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@sll.se](mailto:rita.fernholm@sll.se).

#### DEL 1 – Planen

**Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner**  
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.  
**Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.**

Susanne.ahlqvist@sll.se med sekr, Denis Stygar dl, Lina Isacson dl, Ann Eriksson dsk, Charlotte von Feilitzen dl

#### Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?**  
Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

**T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck**

**Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke**

Spånga vårdcentral har ca 17200 listade varav ca 3000 är över 65 år.

Vi är en stabil och fullbemannad vårdcentral och det finns ett stort intresse för att utveckla vår verksamhet och kvalitet. Vi sätter stort fokus på att ta väl hand om våra patienter med kroniska diagnoser.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Spånga vårdcentral	
Verksamhetschef  Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

<p><b>Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete</b>          Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. <b>diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....</b></p>
<p>När vi kartlade vår verksamhet upptäckte vi i PrimärvårdsKvalitet att omhändertagandet av våra patienter med bensår behövde förbättras. Tidigare studier har visat att effektiv sårbehandling frigör sjukskötersketid och den tiden kan komma andra patienter till nytta.</p>
<p><b>Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt</b>  <b>T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer</b></p>
<p>Förbättra omhändertagandet av patienter med bensår. Minska dessa patienters lidande och öka deras livskvalitet.</p>
<p><b>Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?</b></p> <p>a. Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda verktyget fiskbensdiagram för att ta fram idéer.</p> <p>b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i <a href="#">QRC:s verktygslåda</a>.</p> <p>a. Vi har gjort ett fiskbensdiagram och har kommit fram till följande idéer; sjuksköterska ska alltid välja att dokumentera i sårjournal och även lägga till etiologisk diagnos. Om etiologi saknas ska patienten bokas för läkarbesök och diagnos sättas, kompressionsbehandling av venösa sår ska dokumenteras.</p> <p>b. Vi gjort ett par patientresor (enligt QRC:s modell) och kommer att göra ytterligare några för att lära oss om hur våra patienter uppfattar sina besök på vårdcentralen/i hemsjukvården. Vi planerar också att göra en enkel enkät. Vi kommer att dela ut information om bensår till våra patienter.</p>
<p><b>Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)</b>          Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje</p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga vårdcentral	
Verksamhetschef  Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> <b>(% eller antal)</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med etiologisk diagnos	35 %	2019-01-01	80 %	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med venösa sår som har dokumenterad kompressionsbehandling	0 %	2019-01-01	70 %	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>	Dokumenterat i sårjournal/sårmall	15 stycken	2019-01-01	30 stycken	<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>					<b>20191231</b>

**Kommentar (valfritt):**

Under 2018 användes 15 sårmallar. Dock kan det vara dokumenterat andra typer av sår i dessa mallar men ökningen bör spegla vårt förbättringsprojekt.

**Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)

## DEL 2 – Slutredovisningen

**OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.**

**A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Spånga vårdcentral	
Verksamhetschef  Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

Multiprofessionell förbättringsgrupp är en förutsättning för att lyckas. Efter förarbetet beskrivet i del 1 kunde vi enas om att vi behövde en ny rutin för handläggning av bensår. Representanter för varje personalkategori fick ge synpunkter under skapandet av rutinen. Rutinen testades under en månad i liten skala, med några utvalda läkare och sjuksköterskor. Arbets sättet utvärderades under möten med förbättringsgruppen. Slutresultatet blev den nya rutinen som lanserades i hela personalgruppen.

Under projektets gång har vi vidareutbildat personalen, bl. a genom en webbutbildning "sårsmart.se" för läkare och distriktssköterskor samt sjuksköterskor. Bensårsdiskussion under ett läkarmöte. Sårömlägningsutbildning för sköterskegruppen. Vi har en arbetsgrupp som ser över vilka förbandsmaterial som ska användas.

Utöver regelbundna möten i förbättringsgruppen har vi fortlöpande informerat om bensårprojektet på APT, läkarmöten och sköterskemöten. Vi har haft aktuella data tillgängliga på anslagstavlan utanför personalrummet och där har också varit möjligt att lämna synpunkter på förbättringsarbetet.

Den största svårigheten har varit dokumentationen, användning av sårjournal/sårmallen. Det försvåras av upplevelsen av ökat administrativt arbete i sköterskegruppen. Vi har haft en diskussion om hur vi ska använda sårjournalen och där har vi inte riktigt kunnat enas om det bästa sättet men detta arbete fortsätter.

## B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med etiologisk diagnos	35 %	2019-01-01	80 %	67 %	2019-12-19
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med venösa sår som har dokumenterad kompressionsbehandling	0 %	2019-01-01	70 %	73 %	2019-12-19
<b>Indikator 3</b>	Dokumenterat i sårjournal/sårmall	15 stycken	2019-01-01	30 stycken	16 stycken	2019-12-19
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

### Övriga kommentarer:

15 patientenkäter delades ut i september respektive december. Svarsfrekvensen var låg, 4 respektive 3 enkäter. Materialet är för litet för att några slutsatser skall kunna göras.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Spånga vårdcentral	
Verksamhetschef  Denis Stygar	Aktnummer (ifylles av HSF)

Från enkäterna kan man utläsa en viss förbättring av patientens kunskapsläge i december jämfört med september, vilket kan avspegla effekten av det utdelade informationsmaterial som vi tagit fram. Delaktigheten kring vården och nöjdhet med behandlingen var oförändrad, men med höga utgångsvärden redan vid starten.

### **C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?**

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1. Vi har lärt oss betydelsen av att ha en multiprofessionell förbättringsgrupp som ansvarar för arbetet och som träffas med regelbundenhet samt vikten av att fortlöpande involvera hela arbetsgruppen i arbetet. Det har varit svårt i perioder med många frånvarande och byte av personal, trots det har vi kunnat se ett tydligt förbättrat samarbete mellan läkare och sjuksköterskor. Vi har också lärt oss att fråga våra patienter om deras upplevelse av vården, kontinuitet, delaktighet och information.

2. Vi har gjort fem patientresor ganska jämnt fördelade under året. Det framkom bland annat att patienterna värdesätter kontinuitet i vårdkontakten och rätt anpassad besökslängd. Vi har även delat ut en enkät vid två tillfällen under året, september och december. Genom enkäten försökte vi få en bild av patientens upplevelse av vårdprocessen som skulle ge oss verktyg för att i förlängningen kunna minska lidande och öka livskvalitet för patienten. Svarsfrekvensen var tyvärr låg (n =7). Samtliga patienter (n=7, 100 %) ansåg att de fått tillräcklig kunskap och information om sitt sår. Vi har även utformat två informationsblad till patienterna (en för venösa sår och en för arteriella sår) med information om vad såret beror på, behandlingsstrategi, vad patienten kan påverka själv och vad som händer när såret är läkt. Vi hade planerat en uppföljning efter projektets avslut tillsammans med de patienter som deltagit men Covid-19 gjorde att vi inte kunnat genomföra detta ännu.

3. Vi fortsätter med det nya arbetssättet. Vid senaste uppföljningen av de tre indikatorerna ses fortsatt goda resultat (indikator 1 67%, indikator 2 90%, indikator 3 38 stycken i slutet av mars). Vi ska utveckla arbetet med att använda sårjournalen på rätt sätt för att kunna följa fler parametrar, t.ex. användningen av VAS-skalan. Vi fortsätter att vidareutveckla vår rutin för att möjliggöra ytterligare förbättring av kontinuitet i vårdkontakten. En kamera har införskaffats för att förbättra dokumentationen av bensåren i större utsträckning. Kontinuerlig uppdatering av resultaten på anslagstavlan utanför personalrummet för att synliggöra hur vårt arbete med bensår utvecklas.

4. Vi har använt oss av Primärvårdskvalitet samt SLSOs statistikrapporter på Insidan. Statistikverktyget M4 användes under kartläggningen för att hitta patienter med bensår för journalgranskning.

### **D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)