

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 forbattningsarbeten.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 [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till 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.

Martin Murén, ST-läkare (martin.muren@ptj.se)

Lena Roth, specialist i allmänmedicin, verksamhetschef

Carolina Alamanos, sjuksköterska

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

Vid vår mottagning har vi regelbunden kontakt med ett antal patienter för omläggning av svårläkta bensår. Hittills har läkare konsulterats vid behov, men då mitt i övrig mottagning utan tillräcklig möjlighet att ordentligt sätta sig in i bakgrundsinformation. Detta har inneburit en risk för suboptimal behandling i och med att man bland annat inte alltid har en etiologisk diagnos att anpassa behandlingen efter.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

Vi har märkt att flera patienter med svårläkta bensår inte har genomgått en adekvat cirkulationsutredning och klassificering av bensår (arteriella, venösa eller blandformer), det vill säga fått en diagnos.

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt

T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer

Vårt övergripande mål är att få en tydligare struktur på bensårmottagningen för att effektivare kunna identifiera och följa upp patienter med avseende på utredning och behandling. Det kan handla om mätning av ankel-armindex (ABI) eller remiss till kärlkirurg. En annan viktig aspekt är kompressionsbehandling vid venösa sår. Detta för att ännu bättre kunna optimera förutsättningarna för sårhäkning och förebyggande behandling för att undvika recidivsår.

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

- 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.
- Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).

- Arbetet kring bensår har strukturerats i form av en bensårsmottagning där läkare och sköterska gemensamt träffar patienten för genomgång av utredning och behandling. Patienter som haft sår mer än 6 veckor inkluderas. En ny journalmall för bensår har skapats. Detta möjliggör att informationssökning kan automatiseras via Medrave vilket förenklar och effektiviserar genomgångar framöver. Genomgångar planeras ske med jämna mellanrum under året, kvartalsvis. Bensårsmottagningen har även tillgång till en app (Dermicus) där såren fotograferas, kompletterande information kring utredning och behandling kan anges och vid behov kan hudmottagning konsulteras på distans.
- Patienterna har nytta av detta förbättringsarbete då vi säkerställer att de har en adekvat utredning och behandling vilket optimerar chanserna för sårkläckning och förebyggande av recidivsår.

Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)

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 månad av diabetikerna. Antal snabbspirometrier 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...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	Antal patienter med bensår	13 st	2019-01-01		20191231
Indikator 2	Andel patienter med etiologisk diagnos	54% (7/13)	2019-01-01	90%	20191231
Indikator 3	Andel patienter som mätt ABI och/eller genomgått perifer cirkulationsutredning	15% (2/13)	2019-01-01	80%	20191231
Indikator 4	Andel patienter med dokumentation kring kompressionsbehandling	85% (11/13)	2019-01-01	90%	20191231
Indikator 5	Andel patienter med fotodokumentation = registrerade i RiksSår.	38% (5/13)	2019-01-01	80%	20191231

Kommentar (valfritt):

Nulägesbeskrivningen innehåller data som hämtats från Medrave men som kompletterats genom journalgenomgång. Ett mål är att uppföljningsdata ska vara helt automatiskt hämtade. Indikator 1 saknar mål men är med för att belysa eventuellt mörkertal under 2018 (retrospektiv journalgenomgång innan vi planerat detta arbete).

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: forbättringsarbeten.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.

Specifika bensårsmottagningstider har lagts till i tidboken och journalmallar har skapats enligt tidigare beskrivning.

Vi har flera gånger under året träffats och diskuterat hur mottagningen fungerar och hur den kan utvecklas.

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
Indikator 1	Antal patienter med bensår	13 st	2019-01-01		14 st	2019-12-31
Indikator 2	Andel patienter med etiologisk diagnos	54%	2019-01-01	90%	93%	2019-12-31
Indikator 3	Andel patienter som mätt ABI och/eller genomgått perifer cirkulationsutredning	15%	2019-01-01	80%	64%	2019-12-31
Indikator 4	Andel patienter med dokumentation kring kompressionsbehandling	85%	2019-01-01	90%	86%	2019-12-31
Indikator 5	Andel patienter med fotodokumentation = registrerade i RiksSår.	38%	2019-01-01	80%	57%	2019-12-31

Övriga kommentarer:

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- 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?
- Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
- Vilka datakällor har varit användbara för er?

Samtliga indikatorer har förbättrats jämfört med föregående år. Målen var högt ställda, och när det gäller etiologisk diagnos nåddes målet. I andra fall sågs en tydlig förbättring. Hos flera patienter hade såret läkt under året.

Patienterna på bensårsmottagningen har blivit mer delaktiga i sin vård då mer tid läggs på information och tips om egen behandling, exempelvis vikten av en bra nutrition och gymnastik även vid bensår. Mer tid har givits för information om vikten av kompressionsbehandling för utläkning. Patientnöjdhet har inte registrerats strukturerat, men vi har fått positiva reaktioner av patienterna som varit på bensårsmottagningen.

Med tanke på dessa resultat kommer vi att fortsätta med bensårsmottagningen för att ytterligare förbättra andel patienter med dokumentation kring ABI och öka antalet registreringar i RiksSår. Vid journalgranskning återfanns en del uppgifter som inte kunde ses i Medrave eftersom de var registrerade som fritext i journalen. Omhändertagandet var således bra, men gick inte riktigt att spåra i statistiken. Detsamma gäller registrering i RiksSår – strukturerad och sökbar information i journalen kan effektivisera arbetet betydligt.

Att utvärdera bensår utifrån enbart Medrave-data utan journalgranskning kan också vara komplicerat eftersom flera patienter får nya sår när de gamla läkt. Ibland kan en gammal bensårsmottagning följa med i journalen även när såret läkt. För att minimera sådana felkällor ordentligt krävs journalgranskning vilket i dagsläget är alltför tidskrävande för att upprepas regelbundet.

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@sl.se