

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: fotstatus på Tallhöjdens vårdcentral

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Tallhöjdens VC	
Verksamhetschef Ulrika Graan	Verksamhetschefens e-post Ulrika.graan@regionstockholm.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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, 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 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.. Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> 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: Michael Malkey Profession: ST-Läkare E-post: michael.malkey@regionstockholm.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 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

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

A: Rebecka Lindh, Sjuksköterska, rebecka.lindh@regionstockholm.se
Anneli Wredenmark karpel, Fotterapeut, anneli.wredenmark-carpel@regionstockholm.se

B: Vi planerar involvera patienterna med hjälp av en patientutbildning som alla diabetespatienter får i samband med besök hos läkare, diabetessköterska eller fotterapeut.

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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringsstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Personer med typ 2 diabetes följs vanligen på primärvården. Alla patienter med typ 2 diabetes har rätt till kontinuerlig kontroll av sina fötter samt behandling av mildare fotsår. 20-30% av alla med diabetes får någon gång fotsår (referens). Att ha fotsår innebär en ökad risk för amputation av extremitet och mortalitet. Årligen ska fotstatus bedömas och vilken riskkategori patienten tillhör.

Riskkategorier

- Riskkategori 1 – frisk fot (avsaknad av neuropati och angiopati)
- Riskkategori 2 – neuropati (nedsatt känsel vid en mätpunkt) och/eller angiopati (en puls saknas)
- Riskkategori 3 – neuropati och/eller angiopati samt uttalad hud-/nagelpatologi, fotdeformitet, eller tidigare fotsår/amputation
- Riskkategori 4 – pågående sår/infektion, alarmerande fynd eller svår smärta i foten

Enligt nationella diabetesregistret 2022 genomförde Tallhöjdens vårdcentral fotstatus på 56% av sina patienter. I riket var siffran 75%. Enligt dom Nationella riktlinjerna för diabetes ska fotstatus göras på 99% av alla patienter. Enligt Medrave har vi 557 patienter registrerade från feb 220201 t.o.m. 230201 varav 51% har fotstatus registrerad.

Genom att kontinuerligt genomföra fotstatus kan vårdpersonalen förebygga komplikationer med fötterna. Vid förebyggande av komplikationer med fötterna minskar vårdbehovet för patienterna. Komplikationer med fötterna ger även en minskad livskvalitet vilket kan minska med förebyggande vård.

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.

Att genom ett förbättringsarbete möjliggöra en förbättring av diabetesvården på Tallhöjdens vårdcentral

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Enligt nationella diabetesregistret 2022 genomförde Tallhöjdens vårdcentral fotstatus på 56% av sina patienter. I riket var siffran 75%. Enligt dom Nationella riktlinjerna för diabetes ska fotstatus göras på 99% av alla patienter. Med tanke på förra årets siffror har vi ett mål på 75% 2023 som senare kan komma att förbättras kommande år.

Förhoppningarna är inte bara att ge bättre vård för patienterna utan att även stärka samarbetet i teamet och förbättra arbetsmiljön.

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-forbattringsstrappa/>

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: DM sköterskan har inte gjort fotstatus som rutin.

1.1: Personalutbildning (sköterska gruppen) för att utföra fotstatus.
1.2:

	1.3:
2: Bristande dokumentation när vårdgivaren använder fel journalmall	2.1: Förbättring av dokumentation vid utförande av fotstuts. 2.2: Utbildning för läkare och sjuksköterska för att förbättra dokumentationsrutiner. 2.3:
3: Patienten utbildning	3.1: Ökar patient delaktighet genom att patient utbildning om omhändertagande av fotbesvär vid DM och symptom och tecken när de ska söka. 3.2: 3.3:

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-forbattringsstrappa/>

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. Med-rave)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	<i>Andel genomförd fotstatus för patienter med DM typ II.</i>	56%	230201	75%	NDR	20240101
Indikator 2	<i>Antal personalutbildningar</i>	0	230201	4		20240101
Indikator 3						
Indikator 4						
Indikator 5						

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/verktyslada-forbattringsstrappa/>

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?

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

Genom ett tvärprofessionellt teamarbete som innefattar läkare, sjuksköterska och foterapeut som ska kartlägga problemet, finna strategier till förbättring för att sedan inplantera dessa i arbetsgruppen. Arbetet kommer bestå av 4 träffar i teamet som först identifierar hinder och framgångsfaktorer. Teamet genomför en kartläggning av diabetesvården genom att granska några journaler och diskutera fram en handlingsplan. Utvärdering och uppföljning görs regelbundet genom träffar och med hjälp av nationella diabetesregistret.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2023 till: forbattningsarbeten.apc.slso@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 började med att kartlägga orsakerna till låg andel utförda fotstatus. De orsakerna vi hittade var att vi har en ny diabetessjuksköterska som ej hade börjat göra fotstatus, feldokumentation och att alla personalgrupperna ej utförde fotstatus. När det kommer till feldokumentation såg vi dels att läkarna använde sig av fel journalmall samt att dokumentationen inte skrevs rätt under sökorden. Vi började med att hålla en utbildning för all personal på vårdcentralen, även sekreterarna och hemsjukvården och alla personalgrupper. Vi informerade om kvalitetsarbetet för att göra alla delaktiga. Vi gick igenom en korrekt dokumentation i TakeCare, informerade att diabetesmallen ska användas om patienten har diabetes. Sedan visade vi hur man genomför en fotstatus och alla fick öva praktiskt på varandra. Vi delade även ut material och information om hur man gör en fotstatus och varför den ska genomföras. Personalen fick muntlig och skriftlig information och fick öva praktiskt. Efter några månader hade läkarna en egen utbildning där dom återigen gick igenom en korrekt dokumentation samt hur man utför en fotstatus. Vi hade även ett möte med sekreterarna då läkarna dikterar sina notat så gick vi igenom med sekreterarna vad dom önskar kan göras annorlunda samt vad dom kan hjälpa till med. Där kom vi fram till att sekreterarna alltid ska skriva in genomförd under fotstatus för att säkerställa att det överförs korrekt till Medrave.

Vi höll sedan en utbildning efter sommaren för all personal på vårdcentralen där vi uppdaterade hur det går med kvalitetsarbetet. Vi gick igenom igen en korrekt dokumentation och fotstatus. Det hade vid detta tillfälle börjar ny personal. Under hösten har vi haft ett eget möte med hemsjukvården där vi gick igenom fotstatus och dokumentation samt patientutbildning.

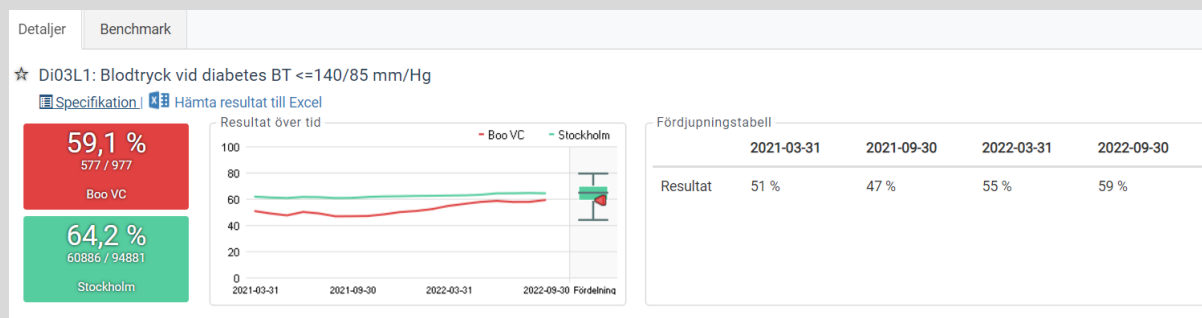
Under året har diabetessjuksköterskan genomgått två stycken utbildningar på Akademisk primärvårdcentrum där hon lärt sig att genomföra en korrekt fotstatus och ge bra patientutbildning.

All vårdpersonal ger patienten information till alla diabetespatienter hur dom själva ska ta hand om sina fötter. Patienterna får även patienten broschyr från region Stockholm kring skötsel av fötterna

Under arbetet hade vi kunnat upptäcka allt fler patienter med fotsår som inte sökt vården eller har inte genomgått utredning och bedömning för att konstatera fotsår. Förnyade arbetssättet hjälpte till för att upptäcka mera patienter som behöver mer uppföljning och utredning. Detta genom handläggning på vårdcentralen i team som innefattar läkare, sjuksköterska, fotterapeut och undersköterska. Vid mer avancerade fotsår sker även ett samarbete med diabetes fotsårsmottagningen på Södertälje sjukhus. Även möjlighet att remittera för fotbädd och specialskor för att förebygga framtida fotproblem. Rådgivning och ordentligt sårvård och fotvård ledde till ett minskat antal patienter med ischemisk fotsår.

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:**



Slutreflektion

Vad har ni lärt er?
Arbetet har ökat kunskapen hos alla professioner kring en korrekt dokumentation samt hur en korrekt fotstatus genomförs. Arbetet har även skapat en större förståelse kring samarbetet mellan dom olika professionerna och hur vi på ett bra sätt arbetar i ett team kring patienten. Vi har också ökat den allmänna kunskapen kring fotstatus. Detta har bidraget till att vi fått nya rutiner kring fotstatus på Tallhöjdens VC som vi är mycket nöjda och stolta över som vi kommer att fortsätta med i framtiden.
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?
Patienterna har blivit mer delaktiga i sin kontroll av fotstatus då detta uppmärksammas vid varje besök som patienten har. Patienterna får ökad förståelse och kunskap då vi ger patientutbildning vid varje besök.
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.
Arbetet kommer att fortsätta framöver. Vi kommer att fortsätta att kontrollera statistiken varje månad då vi sänder in data till medrave och NDR. På detta sätt kommer vi att fortsätta att bibehålla bra resultat och säkerställa att patienterna får sina fötter undersökta. Vi kommer även att kontinuerligt uppdatera denna kunskap som vi fått under arbetet. När det kommer ny personal till arbetsplatsen kommer vi att säkerställa att dessa får information kring hur dom nya rutinerna ser ut på Tallhöjdens VC.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA**
namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan
forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor.
Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.