

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Demens

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Rinkeby VC	Namn på er Informationsapotekare Christine Fransson
Verksamhetschef Havise Koyuncu	Verksamhetschefens e-post Havise.Koyuncu@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Amani Elagbash	Kontaktpersonens e-post Amani.elagbash@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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2025, 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 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

**Radera EJ text i grå fält.**

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetsätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Amani Elagbash
Profession: Specialist i allmänmedicin

**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 två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock 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) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Maria Fjlener ssk, Thekla Louca, ST -läkare, Charis Topozi, ST-läkare, Jennifer Erici, ssk, Amani Elagbash, specialist i allmänmedicin

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

B:  
Frågar pat och pats anhöriga om vad behöver vi göra bättre

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Ett förbättringsarbete börjar ofta 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

### **Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.**

Vi har ca 9000 listade pat varav 21 patienter med en demensdiagnos.

1. Vi vill att våra pat ska komma på aktivitetsbedömning så snabbt man misstänker en kognitiv svikt för att få hjälp med praktiska saker i hemmet. T.ex spisvakt, stöd för hemtjänst och anhöriga, bostadsanpassning.
2. Vi vill fråga våra pat om innehav av körkort och gör bedömning av körlämplighet för bättre trafiksäkerhet.
3. Vi vill skapa rutin för uppföljning av pat med demens t.ex en gång om året för utvärdering av medicinering för att undvika onödig läkemedelsbehandling och för att upptäcka ev. biverkningar. Uppföljningen för att följa sjukdomens förlopp och utvärdera behov av vård

<p><b>Val av tema för förbättringsarbetet:</b></p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>	
Demenssjukdomar	
<p><b>Mål (Vad vill ni uppnå?)</b></p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?  Länk till "Målformulering": <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a>  <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a>  <b>Formulera här era mål:</b></p>	
<p>Identifiera pat med demensdiagnos</p> <p>Öka andel pat som får remiss till arbetsterapeut för aktivitetsbedömning</p> <p>Öka andel pat som blir tillfrågade om innehav av körkort och bedömning av körlämplighet</p> <p>Öka antal pat som kommer på uppföljningar på årsbasis</p>	
<p><b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b></p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a>  <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p>	<p><b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b></p> <p>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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</a></p>
<p>1: 1: Riktlinjen följs inte när det gäller remiss för aktivitets- och funktionsbedömning. Personalbrist hos vår rehab-partner kan ha spelat roll</p>	<p>1.1: Internutbildning om basalutredning av demenssjukdomar  1.2: Studiebesök från rehab/arbetsterapeut för bättre samarbete och överblick hur aktivitetsbedömning går till och vilket stöd/verktyg pat får</p> <p>1.3:</p>

2: 2: Andel pat som blir tillfrågade om körkort	2.1 Utbildning om demenssjukdomar 2.2: Dokumentera i rätt sökord
3: 3: Avsaknad/ofullständig av rutin för uppföljning	3.1: Se över befintlig lokalrutin för uppföljning 3.2: Skapa väntelista för att kalla pat till årskontroll

### 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-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.)

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. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	<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 startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Antal pat som fått demensdiagnos	21	230101-231231		Medrave	241231
<b>Indikator 2</b>	Antal pat som får remiss till arbetsterapeut	2	230101-231231	90%	Medrave	241231
<b>Indikator 3</b>	Antal pat som blir tillfrågade om innehav av körkort	0	230101-231231	90%	Medrave	241231
<b>Indikator 4</b>	Antal pat som kommer på återbesök för demens	55%	231231	90%	Medrave Primärvårdskvalitet	241231
<b>Indikator 5</b>						T.ex. dec 2025

### 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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?

*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.*

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

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2025 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 2025 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 haft utbildningar för att öka kunskaper kring demenssjukdomar. Vi har haft en internutbildning om demenssjukdomar för hela VC på ett APT. Utbildningen var anpassad så att alla förstår hur sjukdomen påverkar individen, vilken hjälp kan behövas och hur kan vi hjälpa pat under utredningen och när diagnosen är satt och hur kan vi följa upp. Vi lärde oss att när man tänkte påbörja en demensutredning är det lönsamt att alla moment i den basala utredningen körs samtidigt så att pat får diagnos och hjälp tidigt.

Vi har haft en extern utbildning med en geriatriker med erfarenhet av att behandla och följa pat med demenssjukdom. Vi lärde oss att vi kan diagnostisera och behandla en större andel pat på Vc och i samarbete med minnesmottagning vid behov.

Vi har haft utbildning från KS om utredning av demens på yngre pat < 65 år.

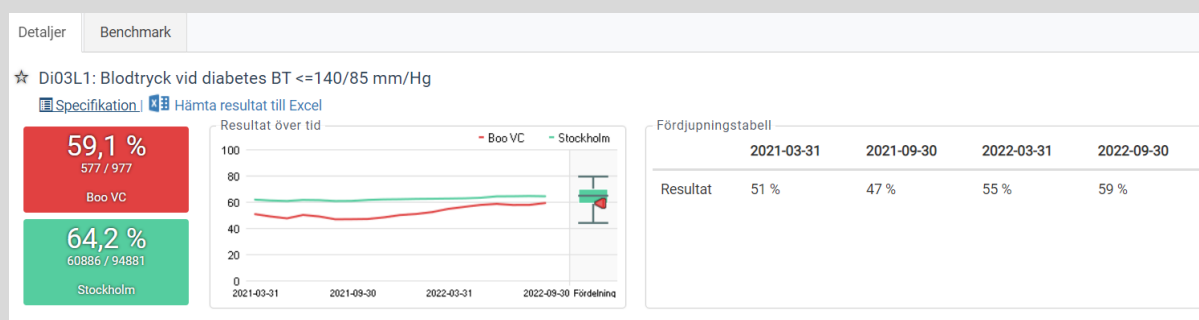
Vi har haft besök från Spånga rehab västra och vi har skapat bra samarbete och bra överenskommelse om vem gör vad gällande MMSE/RUDAS och anhörigintervju så att det jobbet blir effektivt och undviker dubbelt arbete. Detta gynnar genom att förkorta väntetider. Det är känt att demensutredning tar lång tid och under tiden kan pats och anhöriga få hjälp dem behöver.

Vi har haft besök från Järva stadsdel för äldre, dem informerade om vilka insatser de kan erbjuda pat med demenssjukdom och att de kunde erbjuda hjälp även under utredningsgång om det skulle behövas. Detta samarbete kommer att fortsätta och det blir lättare att hjälpa våra pat framöver. Det information vi fick kunde vi föra vidare till våra pat och dras anhöriga så att de kan söka hjälp dit.

Vi skaffade ett flödesschema för uppföljning av pat med demenssjukdomar. Förslag kom från förbättringsteamet. Schemat presenterades på ett APT och därifrån kom ytterligare förslag som bidrog till det slutliga schemat.

## 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:**



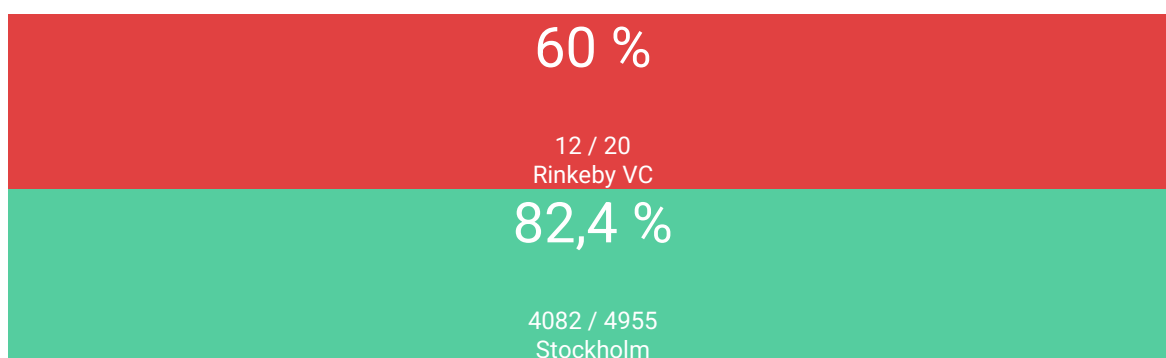
	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Antal pat med	18	230101-231231		27	Medrave/journalgranskning	241231

	<i>diagnos demens</i>						
<b>Indikator 2</b>	Antal pat som får remiss till arbetsterapeut	2	230101-231231	90%	3	Medrave/journalgranskning	241231
<b>Indikator 3</b>	Antal pat som blir tillfrågade om innehav av körkort	0	230101-231231	90%	0	Medrave/journalgranskning	241231
<b>Indikator 4</b>	Andel pat som kommer på återbesök för demens	55%	231231	90%	60%	Medrave/primärvårdskvalite/journalgranskning	241231
<b>Indikator 5</b>							T.ex. dec 2025

**Övriga kommentarer:**

Sökning med demensdiagonona F00-F03, F107A, G30, G318A i medrave gav 27 pat.

Journalgenomgång gav att 13 av de pat har fått ett återbesök. Sökning via primärvårds kvalitét för uppföljning ser ut så här:



Resultat över tid



	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	47 %	55 %	72 %	60 %

Vi använder diagnoskoderna UB1440, UB1441, UB1443, UB1444, UB48 och UB1449 under utredningsfasen på VC. Sökning i medrave med dessa diagnoser gav 50 pat. Av dessa 50 har 9 pat blev tillfrågade om körkort. Det var svårt att söka med dessa diagnoser och samtidigt addera ett till

sökord om remiss till arbetsterapeut. Journalgenomgång möjligtvis kunde ge svar men är mycket tidskrävande mtp stort antal journal som man ska gå genom.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

1. Vi utreder för många pat för demens bla yngre pat i åldern 25-49. Det såg vi genom att vi har 50 pat med utredningsdiagnos, av dessa är det 13 i åldern 25-49 år. Dessa UB 1440-UB1449 diagnoser genererade inte i demensdiagnos. Det betyder att i den yngre gruppen är det vanligare med annan differentialdiagnostik än demens. Vi har ju en del pat med psykisk ohälsa och pressad psykosocial situation.
2. Det är svårt att hitta en lämplig diagnos under utredningsgång. UB1448 täcker minnesstörning men ej hela kognitiva förmågan. Det är svårt att hitta statistik vid sökning med dessa diagnoser.
3. Vi dokumenterar inte i rätt sökord när det gäller körkort och remiss till arbetsterapeut.

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?

*Vi har inte fått återkoppling från pat eller anhöriga vid direkt frågan på åsikter eller förslag till förbättring av vården av pat med misstänkt eller fastställd demenssjukdom.*

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 fått kompetenslyft gällande demens genom interna -och externa utbildningar. Möjligtvis kan det ha bidragit till flera överflödiga utredningar. Vi kommer att gå genom resultat av arbetet med läkare för att diskutera utfallet och hur vi bli bättre på att ta hand om yngre pat som upplever glömska.

Vi håller på att upprätthålla en väntelista för årskontroll av demens. Så arbetet fortsätter.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**  
**t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2"** utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan **forbattringsarbeten.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") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.