

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Omvårdnad vid demens*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn S:t Eriks mottagning	
Verksamhetschef Måns Hellman	Verksamhetschefens e-post mans.hellman@steriksvardcentral.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Måns Hellman Profession: Läkare E-post: mans.hellman@steriksvardcentral.se
Att involvera flera
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none">• 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
A: Sofia Stråth , Distriktssköterska. Övriga ssk och dsk på vår ssk-mottagning via ssk-möten, APT. Läkare på mottagningen via läkarmöten, APT.

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

B: I detta arbete kan det bli svårt att involvera patienten, vi skall se över om vi kan hitta ett sätt.

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?

När vi gått igenom PrimärvårdsKvalitet noterar vi att våra siffror generellt ligger i paritet med eller bättre än Stockholm och vårt närområde Kungsholmen. Vi uppmärksammade att vi däremot ligger lite sämre gällande andel pat med demensdiagnos som har vikt eller BMI registrerat, Dem 14A. 50% mot 57% för Stockholm. Siffrorna för Kungsholmen varierar men vi ligger bland de sämre i området. Vi tror att en del av vårdcentralen, vår hemsjukvård, noterar dessa siffror mycket väl men att vi är sämre på att uppmärksamma de hemmavarande demenspatienternas nutritionstatus och kanske också deras totala sociala situation.

Vi vill involvera sjuksköterskor tidigare i förloppet i våra patientens sjuklighet specifikt för denna patientgrupp och hoppas kunna stärka patienternas situation och på sikt minska risken att de drabbas av följsjukdomar eller tvingas till ändrat boende.

Dessa effekter kan vi inte mäta men vi borde kunna se förbättrade siffror avseende BMI under året och på sikt förväntar vi oss att sjuksköterskornas kompetens kommer hjälpa patientgruppen även på andra, viktigare sätt.

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.

Omvårdnad vid demens

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vi vill involvera sjuksköterskor tidigare i förloppet i våra demenssjuka patienter och hoppas kunna stärka patienternas situation och på sikt minska risken att de drabbas av följsjukdomar eller tvingas till ändrat boende.

Dessa effekter kan vi inte mäta men vi borde kunna se förbättrade siffror avseende registrerad BMI under året och på sikt förväntar vi oss att sjuksköterskornas kompetens kommer hjälpa patientgruppen även på andra, viktigare sätt. Något tydligt mål finns inte att förhålla sig till men 50% känns alltför lågt.

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

1: Våra patienter söker primärt läkare med minnesproblem. Vid läkarbesök räcker inte alltid tiden till för översyn av social situation inklusive nutritionsstatus och vikt då patienterna är multisjuka. Ibland kommer pat till minnesmottagning direkt.

1.1: Detta problem har vi svårt att påverka då läkarresurs är begränsad.
1.2:
1.3:

2: Vi tror skälet är att sjuksköterskorna inte involveras tidigt i sjukdomsförloppet. Därmed går vi miste om chansen att förebygga många av de följdproblem som kan följa på demens.

2.1: Samråd mellan professionerna, tex brainstorming om hur vi effektivast överför delar av behandlingsansvaret till sjuksköterskor.
2.2: Om patienterna väl kommer till sjuksköterska kommer hen göra en översyn, vikt ingår som rutin. Uppföljning efter behov.
2.3:

3: Ingen välfungerande rutin för att involvera sjuksköterskor tidigt.

3.1: Vi behöver skapa en rutin för bedömning hos sjuksköterska vid diagnostillfälle eller då vi får kännedom om att diagnos satts.
3.2: Vid halvtidsavstämning kontrollera siffror och kontrollera om rutinen behöver ändras.
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/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 snabbspirometri 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 snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Primärvårdskvalitet dem 14A - Andel patienter med demens med uppmätt vikt eller BMI	50%	240101	70%	PKv	Dec 2024
Indikator 2	Primärvårdskvalitet Dem03A: Andel patienter med demens som varit på återbesök, SSK	5%	240101	40%	PKv	Dec 2024
Indikator 3	Ev enkät om patienterna upplever att hela deras problematik tas omhand med förslag till förbättring av flöde.	Finns ej.		Skapas och används vid text-ssk-besök?		Halvtidsavstämning Aug 24
Indikator 4	Dem14B: Andel patienter med demens med risk för undernäring	1,5%	240101	?	PKv	Dec-2024
Indikator 5						T.ex. dec 2024

Kommentar (valfritt):

Vi tror inte vi kommer uppnå 100% då det alltid blir bortfall tex patienter som avbokar, flyttar, avlider osv men om vi under året lyckas öka till 70% kan vi vara nöjda och fortsätta på samma vis. Indikator 2 borde öka kraftigt. Den är märkligt låg. Kanske kan vi involvera patientgruppen med en enkel enkät/frågeformulär i samband med besök. Andel pat med risk för demens Indikator 4 kan öka eller minska när vi får mer data, kommer inte hinna påverkas under studietiden.

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-forbattringstrappa/>

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?

Vi rekryterar fler personer till gruppen. En huvudansvarig utses - Mars -24
Brainstorming och samråd inom gruppen för att hitta fungerande rutin för informationsöverföring från läkare till sjuksköterskor. Eventuellt stöd till sjuksköterskor. Kan vi involvera och ta hjälp av patienter med tex enkät? - Mars-April 24
Information till all personal om ändrad rutin - april -24 och framåt via tex APT.
Utvärdering efter sommaren om rutinen fungerar och om vi ser någon skillnad i indikatorn - aug -24
Ev förändring av rutin -Aug -24

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

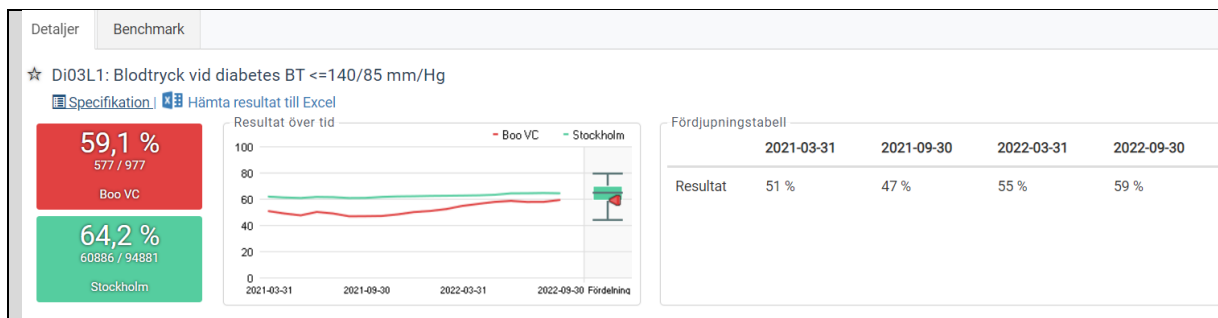
DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

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

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:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Primärvårdskvalitet dem 14A - Andel patienter med demens med uppmätt vikt eller BMI	50%	240101	70%	58%	PKv	241231
Indikator 2	Primärvårdskvalitet Demo3A: Andel patienter med demens som varit på återbesök, SSK	5%	240101	40%	4%	PKv	241231
Indikator 3	Ev enkät				<i>gick ej skapa</i>		
Indikator 4	Dem14B: Andel patienter med demens med risk för undernäring	1,5%	240101	?	4%	PKv	241231
Indikator 5							T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

Vg se bilagor 1-4.

Vi förväntade oss inte att se stora omedelbara effekter då upplägget är långsiktigt.

Viss effekt kan ändå ses - från 50 till 58% på primära indikatorn 1. Procentuella siffran är dock svår att förhålla sig till då nämnaren varierar så pass mycket (pga flytt till SÄBO tex)

I antal patienter tydligare skillnad - från 33 till 45 patienter. Den siffran bedömer vi är mer valid.

Indikator 2 fick vi överge då den visar helt fel - täljaren inkluderar endast ssk-besök där demensdiagnos sätts. Då ssk ej sätter diagnos vid besök blir den obrukbar.

Vi tittade istället på samma indikator - alla yrken: ingen skillnad. Samma mkt höga siffra som innan 89%. Indikatorn mäter bara läkarbesök.

Indikator 3 - enkät - avvecklade vi när vi kom igång med arbetet.

Indikator 4 visade sig mäta korrekt. Vi har mycket få patienter med lågt BMI. Alla har nu pågående insatser för att förbättra sitt näringsstatus.

Trots att vi valde ett långsiktigt upplägg med ändrat rutin redan innan patienten får sin demensdiagnos, som rimligen inte visar tydligt resultat direkt, tycker vi ändå att vi uppnått en positiv förändring som vi är säkra på kommer gagna våra patienter i längden.

Huvudsakliga skälet till detta är nog fokuset vi riktat på området under arbetet.

Rutinen att sjuksköterska gör MMSE och samtidigt tar vikt har fungerat bra och kommer behållas.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

När vi under året tittat på indikatorer inser vi hur svåra de är att använda. En del ger alltid fel siffror då vi inte registrerar som systemet förväntar sig (ind 3).

För indikator 1 inkluderas patienter med diagnos som har pågående tät kontakt med kognitiva mottagningen och inte följs av oss i demenssjukdomen men väl i andra sjukdomar (då läkarna tenderar sätta diagnos för att veta det senare när vi övertar ansvaret) - ger falskt lågt värde. Förändringar tar tid men att göra även en till synes liten förändring kan ha positiva effekter.

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?

I detta arbete har vi inte kunnat involvera patienternas egen involvering alls. De har däremot fått en ökad kontakt med sköterskorna på mottagningen. Vårt syfte har i grunden varit att hjälpa patienter och sköterskor att ses och skapa förhoppningsvis långsiktiga relationer.

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 tänker hålla kvar rutinen kring MMSE och vikt, parallellt med att arbeta vidare på det större projektet att involvera sköterskor mer i personcentrerad, långsiktig patientkontakt med högre grad av kontinuitet.

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 forbattningsarbeten.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.