

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Tidig stöd och vård vid kognitiv sjukdom*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Capio Vårdcentral Kungsholmen

Verksamhetschef
Daniel Magnusson

Verksamhetschefens e-post
Daniel.Magnusson@capio.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 förbättringsarbeten.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 *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* 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: Anne-Barbara Witte
Profession: Specialistläkare Allmänmedicin, hemsjukvårdsläkare
E-post: Anne-Barbara.Witte@capio.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 sidosjukvård, 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:

Izabela Hryciuk, undersköterska
Carina Gustafsson, distriktssköterska
Helena Killander, psykoterapeut
Marina Höghammar Mitkas, ST-läkare
Per Broman, distriktsläkare
Anne-Barbara Witte, distriktsläkare

B:

- 1) Vid vårdcentralen har vi vår "Touchpoint", en läsplatta vid receptionen där patienter kan gradera sin upplevelse av besöket och lämna synpunkter.
- 2) Vår "Kvalitetsgrupp Äldre" som även i år ansvarat för förbättringsarbetet, består till hälften av personal som arbetar inom hemsjukvården. Inom hemsjukvården jobbar vi nära patienter och deras anhöriga och har regelbunden kontakt. Det blir naturligt att patienter och anhöriga lämnar både ris och ros till hemsjukvårdspersonalen, vilket vi försöker fånga upp vid våra regelbundna möten en gång/vecka.
- 3) Vi kommer under mars/april månad att starta en samtalsgrupp för äldre med ångest, depression, sömnsvårigheter eller annan typ av psykisk ohälsa. Vi startar med fyra tillfällen à åtta personer under ledning av psykoterapeut Helena Killander. Tanken är att vi så småningom kommer att kunna ha patientutbildningar med liknande upplägg. Om allt går bra, planerar vi dessutom för en "anhöriggrupp" för anhöriga till dementa patienter. Via en sådan grupp skulle vi säkert kunna få mycket information om vilket ytterligare stöd/vilka insatser som våra dementa patienter kan vara i behov av, eller hade varit i behov av i ett tidigare skede.
- 4) Våra tankar att starta ett "Äldreråd" existerar fortsatt.

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/verktygslada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

På Kungsholmen har vi många patienter med hög ålder och en betydande andel av dessa drabbas så småningom av kognitiv sjukdom. När patienten har kommit så pass långt i sin sjukdom att hen behöver hjälp med läkemedelshantering, ansluts de i regel till vår hemsjukvård och erbjuds på så sätt kontinuerlig uppföljning och, om utredning inte har genomförts ännu, blir det då aktuellt med demensutredning och diagnosintyg (vilket ju bland annat ligger till grund för stödsatser från kommunen). Vi vet dock att många patienter med (begynnande) kognitiv sjukdom (och deras anhöriga) skulle vara i behov av stöd och guidning mycket tidigare än så – att tidig diagnos och medicinering, samt en strukturerad kontinuerlig uppföljning, skulle bidra till bättre livskvalitet för patienten och förebygga komplikationer sekundärt till demenssjukdomen. Tidiga och strukturerade insatser går dessutom hand i hand med verksamhetens generella mål att effektivisera våra flöden och arbeta proaktivt.

Vi ämnar alltså fokusera på patientgruppen som tar en första kontakt med vår vårdcentral för kognitiva svårigheter och efterfrågar utredning, men inte är "tillräckligt sjuk för hemsjukvård". I nuläget har vi inga bra rutiner för omhändertagandet av denna grupp. Vi tänker även på patienter som sköts av anhöriga "tills det inte längre går" eller patienter som vi upptäcker när komplikationer inträdd (exempelvis nutritionssvårigheter eller psykiska besvär).

Ovanstående tema kom vi fram till inom vår "Kvalitetsgrupp Äldre" som vi bildade i samband med förra årets förbättringsarbete och som fortsätter att existera och möts regelbundet. Hemsjukvården och mottagningsverksamheten för Äldre, vårt "Äldrespår", har sedan förra året blivit en egen enhet vid vår vårdcentral. Vi huserar något avskild från övriga mottagningen i våra egna lokaler och personalen har något annat schema än resterande mottagning. Målet för Äldrespåret i år, är att starta en sköterskeledd mottagning för våra allra äldsta och sköraste patienter (där patienter med kognitiv sjukdom ingår). Denna mottagning kommer att bemannas av en distriktsköterska och kommer att ha egna telefontider (och eget nummer). Patienter med kognitiv sjukdom kan bli en första målgrupp för denna mottagning, med syfte att genomföra utredning (tillsammans med våra två "Äldreläkare" som ansvarar för diagnossättning och läkemedelsbehandling) och att erbjuda strukturerad uppföljning. Kontinuitet, trygghet och tillgänglighet, är ledorden för vårt "Äldrespår".

När vi tittar i Medrave, hittar vi ett förvånansvärt litet antal patienter med demens diagnos, enbart 59 personer. Vi har mer än 18 000 listade patienter sammanlagt, varav 187 patienter i nuläget är anslutna till hemsjukvården. En stor andel av hemsjukvårdspatienterna är anslutna för hjälp med läkemedelshantering på grund av kognitiv sjukdom. Vi träffar även regelbundet på patienter med kognitiva svårigheter vid vår mottagning. Antalet patienter med demens är alltså helt säkert mycket högre än 59 personer. Enligt socialstyrelsen har upp emot 150 000 patienter i Sverige en demensdiagnos, vilket motsvarar ca 1.5 % av befolkningen. 1.5 % av 18 000 listade är 270 personer, och då har vi inte tagit hänsyn till att vi har en hög andel äldre listade hos oss.

Möjliga förklaringar inkluderar registreringen av diagnoser: Är diagnosen satt vid minnesmottagning, men har inte registrerats i samband med vårdkontakt hos oss? Har patienten fått sin diagnos vid Kvartersakuten Serafen (vårdcentralen som vi slagits samman med och som inom kort kommer att sluta existera), och vi har inte hunnit registrera den för "Capio Kungsholmen ännu"? Eller är vi dåliga på att utreda patienter för sin demens och sätter enbart "lindrig kognitiv svikt" som diagnoskod, som kanske inte räknas som demensdiagnos? Sätter vi för få diagnoser överlag?

Registreringen av diagnoser är definitivt ett område som vi kommer att behöva jobba med, men även gällande relaterad statistik är vi förvånade över våra bristande resultat. Vi har fått fram att enbart 1.8 % av dessa 59 patienter, det vill säga en eller två personer, gjort ett MMSE senaste året. Det kan ju bero på att man satt diagnosen tidigare än så och inte sett behov av ett MMSE i samband med återbesöket (som ändå > 90 % av patienterna verkar ha fått – dock var ju dessa besök inte nödvändigtvis besök med demensfokus – den höga siffran talar kanske mera för patienternas ökade behov av vårdkontakt)?

Det finns en vikt registrerad för knappt hälften av patienterna med diagnos, en siffra som i den bästa av världerna skulle vara 100 %.

Medicinering är en annan viktig punkt. Socialstyrelsen rekommenderar läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och med Memantin vid måttlig till

svår Alzheimers sjukdom. Samtliga patienter med Alzheimers sjukdom ska med andra ord erbjudas läkemedelsbehandling. Vi når enbart upp i 52 %. Stockholmsgenomsnittet är 56 %. Det kan så klart finnas patienter som avböjer medicinering eller som inte tål densamma, 100 % kommer vi inte kunna uppnå, dock måste vi ju kunna komma så nära 100 % som möjligt. Med tanke på vår relativt lilla patientgrupp som har diagnos överhuvudtaget, bör detta inte vara en omöjlig uppgift.

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.

Vi har valt kognitiv sjukdom/ demens som övergripande tema med fokus på strukturerad utredning och uppföljning vid vår mottagning samt stöd till anhöriga.

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:

- Att patienter med kognitiva svårigheter erbjuds utredning i tidigt skede och (om lämpligt) får tillgång till medicinering.
- Att patienter med demensdiagnos erbjuds strukturerad uppföljning vid vår mottagning, där MMSE, vikt och nutritionsbedömning minst en gång årligen ingår.
- Att patienter med kognitiva symtom och deras anhöriga upplever att deras behov av tillgänglighet, kontinuitet och stöd, tillgodoses.

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: Ingen enhetlig rutin för utredning och diagnossättning, vi sätter diagnos för lite

1.1: Distriktssköterska skulle kunna beställa "utredningspaket" och följa upp att utredning genomförs och diagnos sätts
1.2: Kompetensutveckling (internutbildning läkare, studiebesök minnesmottagning)
1.3: Journalgenomgång av diagnos "lindrig kognitiv svikt" eller "subjektiv kognitiv svikt" dessa patienter kanske utvecklat demensdiagnos?

2: Vi "tappar bort patienter" som egentligen skulle ha behov av våra insatser på grund av sin demens (ex näringsdrycker pga. viktnedgång)

2.1: Öka tillgängligheten i telefon, men även instruera personalen i receptionen att meddela oss när äldre mottagningen verkar "förvirrade"??
2.2: Erbjud kontinuitet genom strukturerad uppföljning, patienten ska möta samma personal, ett lämpligt uppdrag för den nya äldre mottagningen (som ska bemannas av distriktssköterskor från hemsjukvården)
2.3: Ska vi ha väntelistor?

	2.4: Viktigt med teamarbete kring patienten och att vi är tydliga med "vem som gör vad", dvs. konkretisera våra roller. 2.5: Utbilda läkargruppen kring medicinering vid demens, våra två Äldreläkare kan fungera som "konsulter". 2.6: Ökat samarbete med minnesmottagningen? Vad gör de, vad gör vi? Vad förväntas av oss när vi får remiss "Tacksam för uppföljning?"
3: Stöd till patienter som utvecklar symtom av sin sjukdom, samt till anhöriga	3.1: Internutbildning och rutin för apodos 3.2: Utöka tiderna som vår "Äldretelefon" är öppen (eget nummer, inget knappval) 3.3: Samarbete med kommunen, rehab och ev. kyrkan eller lokala gymmet 3.4: Anhörigintervju i samband med utredning för att fånga hela symtomproblematiken 3.5: Anhöriggrupp 3.6: Patientbroschyr

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-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 processmåttarna 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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
--	---------------	------------------------------------	----------------------------	---------------------	-------	-------------------------------

Indikator 1	<i>Förekomst av demens (antal listade patienter med diagnos)</i>	59 personer	2023-02-23	75 personer	Medr ave	<i>Dec 2023</i>
Indikator 2	<i>Vikt registrerad</i>	49 %	2023-02-23	60 %	Medr ave	<i>Dec 2023</i>
Indikator 3	<i>MMSE sista året</i>	1.8 %	2023-02-23	10 %	Medr ave	<i>Dec 2023</i>
Indikator 4	<i>Andel patienter som haft återbesök</i>	91.7 %	2023-02-23	95 %	PQ	<i>Dec 2023</i>
Indikator 5	<i>Andel patienter med Alzheimer som har demensläkemedel</i>	52.2 %	2023-02-23	60 %	PQ	<i>Dec 2023</i>

Kommentar (valfritt):

Det är inte så högt satta mål utifrån vår uppfattning "hur det borde vara", exempelvis borde närmare 100 % av patienterna med Alzheimers ha demensläkemedel. Vi har dock som första delmål att se en positiv trend, det vill säga att vi ser en tydlig förbättring, som andra delmål kan vi sedan sikta mot att komma så nära 100 % som möjligt.

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-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 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 har kommit rätt långt i våra planer att dra i gång en sköterskeledd äldremottagning, som skulle kunna ha "utredning och uppföljning av demenspatienter" som första uppgift. Vi har ordnat en mötestid med våra enhetschefer torsdag 15/3-23 och vi kommer då att presentera våra planer kring detta. Det är viktigt att ledningen är väl insatt i våra idéer med tanke på deras ansvar för bemanning, övriga resurser, schemat och strategin framåt. När bemanning och vårt schemaförslag gått igenom, blir nästa steg att spika en rutin för strukturerad utredning (för patienter som ännu inte har diagnos) och en annan rutin för strukturerad uppföljning (för patienter med diagnos). Rutinerna kommer vi att jobba med på våra möten inom "Kvalitetsgrupp Äldre", detta kommer alltså att ske parallellt till att vi försöker få schemat och bemanningen på plats.

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: forbattringsarbeten.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 under året arbetat fram en mera konkret uppdragsbeskrivning för vårt Äldrespår (Bilaga 1, bifogad). Det huvudsakliga syftet med att upprätta och på sikt ha ett etablerat Äldrespår är att skapa trygghet för äldre med komplexa behov och deras närstående samt säkerställa att deras vård håller hög kvalitet och att vi som vårdgivare upplevs tillgängliga. Vårt mål är att ta hand om "hela patienten". Planen är att detta kan utgöra en stödfunktion till vårdcentralen, avlasta mottagningspersonalen från "tidskrävande insatser" och att bidra med spetskompetens kring de äldres särskilda behov samt att fånga upp patienter som pendlar mellan mottagning och hemsjukvård. Tanken är också att vårdcentralens ST-läkare får "rotera" tre månader inom hemsjukvård samt Äldrespåret som del av sin utbildning.

Vi har även tagit fram kriterier för anslutning till Äldrespåret. Förutom patienter > 75 år med multipla kroniska sjukdomar, stort uppföljningsbehov och polyfarmaci, tänker vi prioritera patienter med en hög skörhetsgrad, närmare sagt CFS (Clinical Frailty Scale) ≥ 5 . Diagnosen Kognitiv sjukdom ställs när en patient har en varaktigt nedsatt kognitiv funktionsförmåga som begränsar personens självständighet i vardagliga aktiviteter, vilket innebär att sådan person per automatik har en CFS grad 5 eller högre (innan dess blir diagnosen Kognitiv svikt). Vårdcentralens dementa patienter blir alltså självklara kandidater för vårt Äldrespår.

Inom ramen av årets förbättringsarbete och i linje med Äldrespårets syfte, har vi jobbat fram ett flödesschema för utredning av kognitiv svikt (Bilaga 2, se nedan) och en rutin för uppföljning av patienter som fått diagnosen kognitiv sjukdom (Bilaga 3, bifogad).

Bilaga 2:

Anhöriga eller patient själv tar kontakt med oss p.g.a. minnesbesvär → läggs som rondärendet till husläkare, ska i regel bedömas i samband med ett fysiskt läkarbesök för allmän genomgång och somatisk status

Husläkare har patient på rummet i annat ärende och det framkommer hållpunkter för kognitiv svikt

Husläkaren tar ställning till basal minnesutredning informerar patienten och uppdaterar vilken anhörig som är förstahands kontakt i TC. Läkaren beställer även demensprover och CT hjärna Läkaren säkerställer att läkemedelslistan i TC är uppdaterad. Läger sedan över ärendet till Äldresköterskan som ett administrativt ärende i hennes tidbok

Äldresköterskan kallar för MMSE och anhörigintervju. Om MMSE < 27/30 poäng och/eller om det under anhörigintervjun framkommer kognitiva svårigheter i den utsträckning att det påverkar vardagen, ombesörjer Äldresköterskan en remiss till rehab enhet för aktivitetsbedömning och Moca. Äldresköterskan bevakar att denna genomförs och informerar läkaren när svar föreligger.

Det har publicerats en artikel på Pulsen (Capios nationella intranät) där vi har berättat om vårt arbete (Bilaga 4, se nästa sida).

Bilaga 4:



Tyvärr har startdatumet för den sköterskeledda delen mottagningen av olika anledningar behövt skjutas upp upprepade gånger och ännu har vi inte hunnit testa ovan redovisade rutiner för utredning och uppföljning av demenspatienterna.

Vi har i stället försökt öka fokus kring kognitiv sjukdom i allmänhet vid vårdcentralen och i olika sammanhang framfört vårt budskap om vikten av tidig diagnos och vård. Vi har exempelvis talat om Äldrespåret och presenterat årets kvalitetsarbete för hela vårdcentralen (i samband med APT) både innan start (januari 2023) och nu i slutet av året (december 2023). Vi har i samband med våra läkarmöten uppmuntrat till kontakt med våra två Äldre läkare för stöd kring handläggningen av nyupptäckta demenspatienter. Vi har förmedlat att det är av stort värde att korrekt diagnos sätta patienter med kognitiv sjukdom, samt vilka komplikationer som kan uppkomma och vilka läkemedel som står till buds i dagsläget. En fördjupad genomgång av detta planeras nu under våren. Kontakt med Sabbatsberg Kognitiva mottagningen har tagits och en specialistläkare från mottagningen ska besöka oss under våren för att hålla en föreläsning med fokus på insättning och uppföljning av demensspecifika läkemedel.

Samtalsgruppen för Äldre, som vi nämner i Del 1 B, startade hösten 2023 under ledningen av psykiater Helena. Samtalsgruppen har kört 2–3 omgångar med 6 tillfällen vardera. Fler omgångar kommer att löpa under våren. Helena har efter varje omgång gjort en utvärdering tillsammans med deltagarna. Helena har även intervjuats för en artikel på Pulsen om just samtalsgruppen. Samtalsgruppen är till för patienter >75 år med någon form av psykisk ohälsa eller med svårigheter "ställa om till ålderdomen". Ett antal anhöriga till sköra patienter med somatisk sjukdom eller demens fanns bland deltagarna. Planer för en mera specifik anhöriggrupp finns, men har ännu inte kommit i gång.

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:**

Vad gäller Indikator 2, så är det viktigt att viktmätning ingår som en del i strukturerade uppföljningen, med tanke på att det är så vanligt med undernäring vid demenssjukdom. Tyvärr har vi ju inte lyckats komma i gång med någon strukturerad uppföljning (den sköterskeledda delen av vårt Äldrespår har ännu inte startat). Inte bara vikten, utan även andelen patienter som fått ett återbesök (Indikator 4) har sjunkit. Här kan vi möjligen missledas av att det är andel som vi har mätt och inte antal patienter. Vi kan mycket väl ha mätt fler vikter/ mött fler patienter på återbesök än året innan, men i och med att vi också diagnossatt en andel patienter som inte haft diagnos som tidigare eller som vi tagit över från andra enheter, kan det ökade totala antalet demenspatienter ha resulterat i en relativ minskning av andelen. Att vi har registrerat fler MMSE, kan också ha att göra med att vi har ställt diagnos på fler patienter. Som lärdom av detta tar vi med oss inför nästa förbättringsarbete, att vi inte bara ska titta på andel utan även antal.

Statistiken i MedRave respektive Primärvårdskvalitet presenteras även på lite olika sätt och inklusionskriterierna kan skilja sig åt, vilket kan det göra svårare att komma fram till hur våra olika indikatorer påverkar varandra. För att registreras i Primärvårdskvalitet så behöver diagnosen på nytt sättas på vårdcentralen, inte plockas upp som tidigare diagnos i diagnosöversikter då den kan ha satts på sjukhuset (ofta minnesmottagning/kognitiv mottagning) och då registreras det ej i Primärvårdskvalitet. Det kan alltså vara så att fler patienter än den siffran vi har fått fram, kan ha haft återbesök, men att diagnosen har plockats upp från minnesmottagning/sjukhus och då inte registreras.

En ökad andel patienter med demensdiagnos har i alla fall fått tillgång till läkemedelsbehandling (Indikator 5), vilket vi är glada över, och vilket vi under kommande år förhoppningsvis kan bli ännu bättre på. Trots allt känns det som att arbetet med att förbättra omhändertagande av våra patienter med Kognitiv sjukdom bara har börjat. En Äldresköterska är nu tillsatt och vid det senaste mötet med ledningsgruppen diskuterades schemadetaljer. Rutiner för demensutredning och -uppföljning är klara, och vår kvalitetsgrupp är nyfiken på att se hur dessa fungerar i "verkligheten".

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 alla inom kvalitetsgruppen "jobbar på golvet" och har regelbunden kontakt med demenspatienter och deras anhöriga. Vi tar del av synpunkter i vårt dagliga arbete, men har inte samlat dessa skriftligt eller strukturerat. Vi har även en "Touchpoint" i vårdcentralens reception, som dock i mindre utsträckning nyttjas av denna patientgrupp. Patienter och anhöriga kan också lämna synpunkter via vårdcentralens hemsida (mailbox till verksamhetschefen). Vår psykoterapeut har gjort en utvärdering tillsammans med patienterna efter samtalsgruppens avslutande session, vilka har varit övervägande positiva. Med hjälp av Capio Verksamhetsstöd har vi gått igenom hur många patienter som redan nu ringer till vårt "Äldrenummer" (som är tänkt att bli numret som tillhör Äldrespåret), vid vilka tider de ringer, samt hur många som faktiskt kommer fram. På så sätt har vi fått en viss uppfattning om behovet av tillgänglighet (vilket är större än vi i nuläget bemöter). Vi har som tidigare planer att inrätta ett patientråd för äldre, och har redan hunnit tillfråga patienter som tackat ja till detta. Förhoppningsvis kommer patientrådet i gång under 2024.

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.

Vår plan framåt är att starta i gång och successivt utveckla den sköterskeledda delen av Äldrespåret för att på sikt kunna erbjuda bättre vård med ökad kontinuitet till våra patienter med demenssjukdom, men även till andra grupper av sköra äldre patienter. Vi ser fram emot att få besök av specialistläkare från kognitiva mottagningen, bli uppdaterade och fortbildade och på sikt ha ett tätare samarbete med dem. Vi planerar också att utveckla anhörigstödet, eventuellt med en separat samtalsgrupp, samt att öka patientdelaktigheten (vårt patientråd bland annat). Kvalitetsgruppen för Äldre existerar fortsatt, vi hoppas nu att vi kommer att hinna med veckovisa möten igen kommande året. Kvalitetsgruppens uppgift blir då bland annat att revidera bifogade rutiner i takt med att dessa testas "i verkligheten".

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.