

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Demens*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Essinge vårdcentral	
Verksamhetschef Martina Engman	Verksamhetschefens e-post martina.engman@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: Martina Engman
Profession: Verksamhetschef, Leg. distriktssköterska
E-post: martina.engman@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 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: Martina Engman, verksamhetschef och distriktssköterska Madelene Krantz, distriktssköterska Iris Karkamanis, ST-läkare

Edvin Ström, ST-läkare

B: Aktuellt informationsmaterial om demens i väntrum. Även information i väntrum riktad till anhöriga.

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-forbattningstrappa/>

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?

Vi vill med detta kvalitetsarbete skapa ett strukturerat arbetssätt kring dels utredning av kognitiv svikt och uppföljning efter att diagnos satts.

Vi kan se i PrimärvårdsKvalitet att Essinge vårdcentral (0,4%) har färre patienter med demensdiagnos i förhållande till övriga vårdgivare i Stockholm (0,5%). Vi bedömer att vi har flera patienter med kognitiv svikt som söker till vårdcentralen ofta för andra symtom men utredning har ej påbörjats av olika anledningar. Vi vill bli bättre på att identifiera dessa patienter och starta utredning när så krävs. Tidigare har vi kunnat använda MMSE i den basala utredningen men pga att det verktuget ej längre kan användas så behöver vi ändra vårt arbetssätt. Vi planerar att remittera patienter i högre grad till arbetsterapeut för MoCa i väntan på andra direktiv. I PrimärvårdsKvalitet kan vi även se att vi kan bli bättre på att erbjuda uppföljning och återbesök till dessa patienter. Vi har lägre andel (62,5%) jämfört med övriga Stockholm (67,7%).

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.

Demens, utredning och uppföljning.

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:

1. **Strukturerad utredning vid kognitiv svikt med lokal anpassning utifrån viss.nu**
2. **Ökad prevalens.**
3. **Strukturerad uppföljning av patienter med demensdiagnos**

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: Lokal rutin saknas

1.1: Genomgång av viss.nu för att ta del av aktuellt vårdprogram
1.2: Skapa lokal rutin för basal utredning på vårdcentralen
1.3: Skapa lokal rutin för strukturerad uppföljning efter att diagnos satts.

2: Ej strukturerat arbetssätt

2.1: Skapa rutiner enl. ovan
2.2: Väntelista för alla patienter med demensdiagnos
2.3: Årligt besök till distriktssköterska för uppföljning demens i första hand.

3: Stigma. Svårt att utreda utan medverkan från patient.

3.1: "Kampanj" i vårdcentralens väntrum gällande stöd vid tecken till minnessvikt.
3.2: Erbjud patienter med misstanke om minnessvikt för hälsosamtal med distriktssköterska. Skall ingå i ny lokal rutin för basal utredning.
3.3: Teambesök – läkare och sjuksköterska vid kognitiv svikt där utredning ej påbörjats. Förslag att ha med i ny lokal rutin att ta till när andra försök misslyckats.

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 ”balanserande 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 målvärdet
Indikator 1	<i>Förekomst av diagnos demens</i>	0,4%	2023-01-31	0,5%	PVk	2023-12-31
Indikator 2	<i>Väntelista demens i Take Care</i>	7 patienter på listan av 28 med diagnos demens	2023-01-31	100%	Take Care, PVk	2023-12-31
Indikator 3	<i>Lokal rutin, utredning kognitiv svikt</i>	0. Rutin finns ej	2023-01-31	1	Lokalt dokument	2023-05-01
Indikator 4	<i>Andel patienter med demens som fått återbesök</i>	62%	2023-01-31	68%	PVk	2023-12-31
Indikator 5	<i>Remiss arbetsterapeut</i>	0%	2023-01-31	15%	Medrave	2023-12-31
Indikator 6	<i>BMI årligen</i>	74%	2023-01-31	85%	Medrave	2023-12-31
Indikator 7	<i>Fråga patient om vapenlicens</i>	0%	2023-01-31	20%	Medrave	2023-12-31
Indikator 8	<i>Fråga patient om körkort</i>	0%	2023-01-31	20%	Medrave	2023-12-31

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/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 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?

- 1) Lokal rutin utformas för basal utredning av kognitiv svikt. Skapas av Iris Karkamanis tillsammans med Martina Engman. Färdigställd senast 1/5-23
- 2) Medarbetare på vårdcentralen uppdateras kring nya rutiner och nytt arbetssätt. Planeras till maj -23 på gemensamt utbildningsmöte.
- 3) Lista över patienter med demensdiagnos dras ut från Medrave och väntelista i Take Care uppdateras. Ansvarig är Madelene Krantz. Klart under mars -23.
- 4) Material om demens och kognitiv svikt placeras synligt i väntrum. Martina Engman ser över vilket material som kan beställas och placerar ut under mars/april -23.
- 5) Brevkallelse för årlig kontroll med anledning av demensdiagnos skapas. Skapas i april -23. Ansvarig Martina Engman.
- 6) Patienter på väntelista kallas under året. SSK och DSK på mottagningen kallar pat. utifrån befintlig lista.
- 7) Uppföljning i slutet på maj -23 för att utvärdera den första delen av arbetet. Ansvarig Martina Engman.
- 8) Till hösten är vår förhoppning att arbetet är i gång enl. nya rutiner och uppföljning planeras till september och november -23 för att följa utvecklingen. Ansvarig Martina Engman.

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:
 forbättringsarbeten.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?

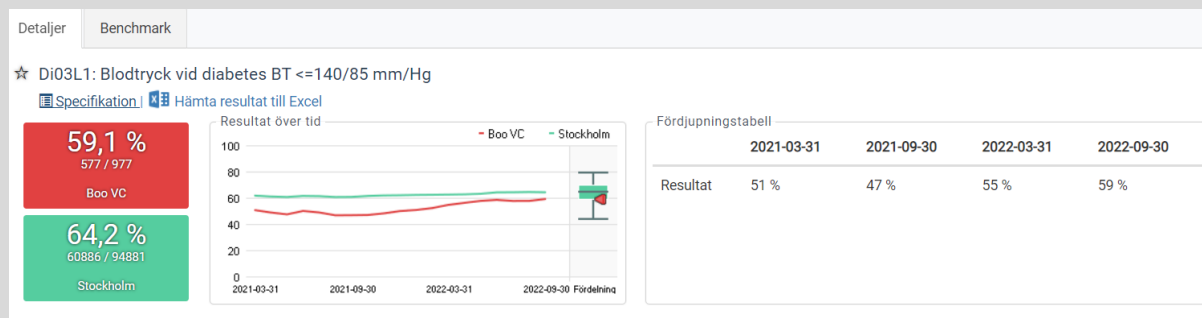
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
 Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bilfogas

En lokal rutin för utredning och uppföljning har utformats och planeras implementeras.

Se bilagor

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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Förekomst av diagnos demens	0,4%	2023-01-31	0,5%	0,5%	PV-k	23-12-31
Indikator 2	Väntelista demens i Take Care	7 patienter på listan av 28 med diagnos demens	2023-01-31	100%	7 patienter	Take Care, PV-k	23-12-31
Indikator 3	Lokal rutin, utredning kognitiv svikt	0. Rutin finns ej	2023-01-31	1	1	Lokalt dokument	23-12-31
Indikator 4	Andel patienter med demens som fått återbesök	62%	2023-01-31	68%	65%	PV-k	23-02-21 - 23-12-31
Indikator 5	Remiss arbetsterapeut	0%	2023-01-31	15%	0%	Medrave	23-02-21 - 23-12-31

Indikator 6	<i>BMI årligen</i>	74%	2023-01-31	85%	64%	Medra ve	23-02-21 - 23-12-31
Indikator 7	<i>Fråga patient om vapenlicens</i>	0%	2023-01-31	20%	0%	Medra ve	23-02-21 - 23-12-31
Indikator 8	<i>Fråga patient om körkort</i>	0%	2023-01-31	20%	0%	Medra ve	23-02-21 - 23-12-31

Övriga kommentarer:

Viss ökning av antalet med konstaterad diagnos. Ej implementerats rutin för kognitiv svikt än, men dokumentet finns nu tillgängligt för personalen på vårdcentralen. Nytt försök till implentering planeras under 2024. Frågor kring körkort och vapenlicens kan ha frågats men då ej registrerats syns inte detta i MedRave.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det tar tid att utforma en rutin och sedan implementera. Andra uppgifter som tar mer plats. Varit svårt att utreda då oklarheter kring licens med MMSE och MOCA svårt att få till via arbetsterapeut då väntetider.

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?

Anhörig har involverats i det att de erbjuds delta i besök om går bra för patienten. Ökat medvetande om diagnosen genom information i väntrum.

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.

Implementera rutinen som nu är skriven och arbeta med att implementera denna så att den ska komma till nytta för såväl patienter, anhöriga samt vårdpersonalen på vårdcentralen.

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 förbättringsarbeten.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.