

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: **Demens och undernäring**

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Meliva VC Sibyllekliniken / Sibyllekliniken

Verksamhetschef

Annelie Lager

Verksamhetschefens e-post

Annelie.Lager@sibyllekliniken.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 forbattringsarbeten.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: Helena Jonsson

Profession: Usk /Kvalitetsansvarig

E-post: Helena.Jonssonwidlund@sibyllekliniken.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: Dsk Maria Marynowicz, Usk Helena Jonsson, Usk Jessica Sundmark, Allmänspecialist/MAL Jonas Lofors , ST Läkare Niklas Tångring
Tillägg: Jessica Sundmark slutade under 2023 och Linda Barthelsson usk i hemsjukvården anslöt istället.

B: Nära samarbete med anhöriga
Samt nära samarbete med hemtjänsten som oftast träffar pat dagligen och kan kontakta hemsjukvården om något förändras kring näringsintag när det gäller våra hemsjukvårdspatienter.

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/vertygslada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ambitionen är att systematiskt följa upp patienter med demensdiagnos. Syftet är att förebygga undernäring eller risk för undernäring för att förbättra patientens livskvalitet, hindra fallrisk och reducera sjukhusinläggningar.

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 och Undernäring

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vårt mål är att fånga upp våra patienter med demens och undernäring och risk för undernäring. Vi har flera äldre patienter som har demens diagnos men där det saknas värden avseende längd, vikt och BMI.

Att samarbeta tillsammans med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor för att fånga upp denna patientgrupp.

Att denna patientgrupp ska må så bra som möjligt oavsett om man har ett stort eller mindre kontaktnät runt omkring sig.

Att ha nära samarbete med anhöriga och hemtjänst. Finns ej anhöriga blir den goda kontakten till hemtjänst ännu viktigare.

Att fånga upp denna patientgrupp för att minska risk för undernäring.

Att man i tidigt stadium kan sätta in åtgärder för att bibehålla en god livskvalitet, minska risk för fall samt sjukhusinläggning.

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/vertygslada-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/vertygslada-patientsamverkan/>

1: Inkorrekt dokumentation med löpande text istället för användning av sökord i Take care .

1.1: Fyller i sökorden i mallar vid inskrivning tex MNA och alla mätvärden. Skapa MNA mall i Take Care.
1.2: Uppföljning
1.3:

2: Vid tex utskrivningar har man ej angett aktuella värden (längd, vikt BMI)

2.1: Kontinuerliga uppföljningar
2.2: Tidsintervall för uppföljning bedöms beroende på MNA/Mätvärdens resultat.

2.3: Ta hjälp av Alma som är ett digitalt stöd.

3: En del har fått diagnos men sedan flyttat till Säbo.

3.1:
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/vertygslada-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>Andel patienter med demens med uppmätt vikt eller BMI</i>	25,9 %	2023-02-03	50%	Medrave	2023-06-01
Indikator 2	<i>Andel patienter med demens i hemsjukvården där MNA utförts</i>	0 %	2023-01-01	65%	Excel/Liston/Me drave	2023-12-31
Indikator 3	<i>Andel patienter som “dyker upp” i ALMA utan genomförd screening, MNA</i>	0%	2023-01-01	30%	ALMA	2023-12-31
Indikator 4	<i>Andel patienter med demens med MNA screening</i>	0%	2023-01-01	50%	Medrave/Excel	2023-12-31
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2023</i>

Kommentar (valfritt):

APT sker månadsvis och där har vi hela tiden rapporterat hur det går med det pågående arbetet.

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 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?

1. Läkarna informerar om nydiagnostiserade till sköterska.
2. Ssk/Dsk kallar patienten för MNA till mottagningen .
3. Hemsjukvården får till uppgift att utföra MNA i hemmet.
4. Dokumentera noggrant.
5. Uppföljning.

6. Skapat algoritim i ALMA så när man får upp en patient i take care ser man direkt om MNA är utförd på denna patient senaste 12 månaderna. Underlättar för alla yrkeskategorier.

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

I första skedet kallade vi alla med demensdiagnos som ej hade hemsjukvård för en MNA screening. De som hade risk för undernäring /var undernärda sattes upp på väntelista för att följas upp månadsvis. De som hade hemsjukvård screenades i hemmet av HSV teamet. Även där bokade vi månadsvis vidare med åtgärd och uppföljning för de som hade risk eller var undernärda. Under arbetets gång så införde vi vid inskrivning i hemsjukvården att införa även MNA screening på alla våra hemsjukvårdspatienter oavsett om de hade demensdiagnos., **Detta var väldigt uppskattat av anhöriga samt hemtjänsten och personal då man i tidigt skede kunde ha mer koll på våra äldre/sköra patienter.**

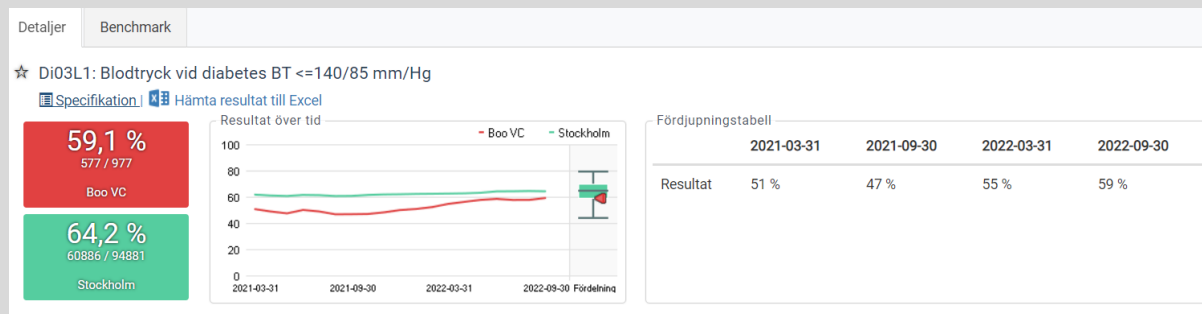
Vi införde även så att ALMA (digitalt stöd) kunde hjälpa oss med att när en patient med demensdiagnos öppnades i take Care så kollade den om MNA screening var utförd senaste 12 månaderna. Detta underlättade för alla yrkeskategorier. På så sätt kunde läkare meddela vilka som skulle kallas för MNA screening.

Vi har också infört att läkarna ska aktivt arbeta med att sätta demensdiagnos när minnesmottagningarna / el liknande instanser skickar remissvar på tidigare remisser alt nydiagnostiserade på annat ställe än hos oss.

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:**



	Indikator namn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Start- läge (% eller antal)	Datum /period för start- läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/ period för resultat- värdet
Indikator 1	Andel patienter med med demens med uppmätt vikt eller bmi	25.9%	202-02-03	50%	72.9%	Medrave	2023-12-31
Indikator 2	Andel patienter med demens i hemsjukvården där MNA utförts	0%	2023-02-03	75% Delmål juni 50%, uppnått 64.7%	89.47%	Medrave/Excel	2023-12-31
Indikator 3	Demens med undernäring	0%	2023-02-03	0%	5,4 %	Primärvårdskvalitet/Medrave	2023-12-31
Indikator 4	Andel patienter med demens där man genomfört MNA screening	0%	2023-01-01	50%	64,86%	Medrave/Excel	2023-12-31
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Kontroll i ALMA där man fått upp 261 st "varningar" på denna patientgrupp att det saknas MNA screening. Ej mätbart då man får upp alla personer man slagit upp i Take care av olika anledningar.

Målet med undernäring hos dementa önskar man att det ska vara 0 % men trots åtgärder och situationer kan det inte uppnås.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi nådde nästan 90% av MNA mätningar av hemsjukvårdens dementa. En reflektion är att ibland är patienterna okända och klarar sig hemma med stöd och hjälp av anhöriga under lång tid. Sedan kan en ohållbar situation inträffa och patienten förflyttas via sjukhus/geriatrik direkt till boende. Vi hade några sådana patienter.

Vi har uppmärksammat denna patientgrupp genom detta förbättringsarbete och även insett att de flesta inte alltid har nära anhöriga som dagligen besöker de äldre/sköra. Hemtjänsten har en betydande roll inom denna diagnosgrupp. Med nära kontakt med vårdcentralen och hemsjukvården bl.a. så kan man i tidigt skede sätta in åtgärder/stöd såsom bl.a. nutritionshjälp.

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?

Nära kontakt med anhöriga och hemtjänst är AO samt även att vår hemsjukvård är involverad i detta viktiga arbete. Att konstant arbeta med detta verktyg som ett stöd när man tex ser viktninskning, försämring i sitt allmän tillstånd.

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 infört denna screening på alla våra hemsjukvårdspatienter. Samt vi fortsätter detta viktiga arbete hos oss som ett dagligt arbete med denna patientgrupp, ALMA fortsätter "säga till oss" när det saknas MNA screening för att inte missa att screena patienterna.

Vi har infört väntelistor i Take care för att regelbundet träffa dessa patienter . Beroende på resultat så kallas de med 1 mån/3mån samt 6 månadsvis.

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.