

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Kompetensutveckling*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio VC Årsta	
Verksamhetschef Annika Wargert	Verksamhetschefens e-post Annika.wargert@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 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 del1 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: Sara Norrgård
Profession: Specialist i allmänmedicin, MAL
E-post: sara.norrgard@gmail.com
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: Annika Wargert, verksamhetschef, distriktssköterska Sara Norrgård, specialist i allmänmedicin, MAL

Karina van det Stad, distriktssköterska, samordnare sjuksköterskegruppen
Maria Hernandez, distriktssköterska, samordnare hemsjukvården
Gisela Jaeger, distriktssköterska
Linda Sivertsson, undersköterska

B: Patienter involveras mha en Touchpoint-station som är placerad i närheten av receptionen och in/ut-gången. Den är tydlig, enkel att använda och man kan som patient där både ange en skattning av sitt besök på vårdcentralen samt lämna en skriftlig kommentar.

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?

Enligt medarbetarenkäten 2022 svarade 63 % positivt på påståendet: "På min arbetsplats får jag den kompetensutveckling jag behöver för att kunna utföra mitt arbete". Detta är en minskning av resultatet från 2021 som var 65 %. Då kompetens och kompetensutveckling direkt påverkar bedömningar av patienter är det vår bedömning att om vi utvecklar medarbetarnas kompetens inom ett antal områden där medarbetarna upplever att de behöver utveckling, är det en förbättring både för personalgruppen (i enlighet med deras önskemål i tolkningen i ovanstående fråga) och för patienterna som direkt påverkas positivt av ökad kompetens inom personalgruppen.

Vi sammansatte en arbetsgrupp med medarbetare inom de professioner på husläkarmottagningen som har haft en låg grad av kompetensutveckling under 2022. Varje deltagare i gruppen lyfte på sina respektive professionsmöten frågan om vilka områden som behövde utveckling. Utifrån de svar som uppkom gick vi i gruppen därefter igenom vilka resultat vi har som tillhör dessa områden samt om det kommit några nya riktlinjer. Därefter valde vi ut 4 områden att arbeta med inom ramen för detta arbete, där vi nedan anger indikatorer och utfallsmått. Utöver dessa områden kommer vi även att bedriva kompetensutveckling inom en rad andra områden, se bilaga 1.

Därtill kommer vi att följa upp om patienterna upplever en förbättring i bemötandet och omhändertagandet på vårdcentralen via deras omdömen i Touchpoint. Samt om medarbetarna upplever en utvecklig i kompetens, detta via att ovanstående påstående följs upp i juni och vid medarbetarenkäten i oktober.

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.

Kompetensutveckling, områden enligt nedan. Under processen för detta förbättringsarbete framkom många områden där medarbetare önskar utveckling. Vi kommer även att arbeta med dessa områden (se bilaga 1) men de kommer inte följas inom ramen för detta arbete.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

1. Öka antalet ankelindex uppmätta på vårdcentralen.
2. Öka andelen diabetiker som uppnår målvärdet LDL < 2,6.
3. Minska antalet olämpliga läkemedel förskrivna till äldre.
4. Öka andelen medarbetare som upplever att de erhållit kompetensutveckling på medarbetarenkäten 2023 jmf med 2022.
5. Öka antalet patienter som besvarar fråga om bemötande i Touch point-mätningen.
6. Höja NPS 2023 jmf med 2022.

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

1: Det uppkom att önskemål inom sjuksköterskegruppen om att lära sig mätning av ankelindex. Vid kontroll i MedRave fanns inte en enda åtgärds kod APO32 registrerad under 2022. Det framkom vid samtal att det inte finns kompetens inom delar av sköterskegruppen för att utföra ankelindexmätning. Det är inte heller säkert att ankelindex registreras på rätt sätt i journal.

1.1: Genomgång av mätning av ankelindex kommer att förevisas alla sköterskor.
1.2: Alla sköterskor får information om vilken åtgärds kod som ska registreras vid mätning av ankelindex.

2: Vikten av att hålla blodfetterna låga hos diabetiker är känt sedan länge. Diabetesteamet på vårdcentralen önskade dock att läkarna skulle bli ännu bättre på att uppmärksamma och behandla förhöjda blodfetter inom denna

2.1: Information till läkare och diabetessköterskor om vilka gränser för blodfetter som är aktuella för patienter med DM typ 2. Därtill genomgång av en ST-läkare

patientgrupp. Vid en kontroll i MedRave såg vi att detta önskemål hade bäring i en låg grad av diabetiker som uppfyllde LDL-målet <2,6, vilket var 55,8 % av alla patienter med DM typ 2 (provtagning under de senaste 18 månaderna).	VESTA-projekt på APT om just diabetes och blodfetter. 2.2: Diabetessjuksköterskan ser vid sitt årliga patientbesök till att blodfetter finns med i provtagningen inför besöket. Ansvarig läkare är signeringsansvarig för prover och vid förhöjda blodfetter ska läkaren ta ett beslut om blodfetterna ska behandlas ner eller ej, samt motivera sitt beslut i journalen. 2.3: Därtill ska de patienter som faller ut med LDL >2,6 i MedRave att följas upp specifikt.
3: Under november 2022 förskrevs enligt Medrave 10 091 DDD (definierade dygnsdoser) av läkemedel olämpliga för äldre (75 år eller äldre) ut till totalt 709 pat 75 år eller äldre som hade kontakt med sjukvården. Orsaken till detta kan vara ett behov av information om vilka läkemedel vi ska seponera hos äldre och vilka läkemedel vi inte ska sätta in.	3.1: Vår nya HSV-läkare kommer på läkarmöte att gå igenom vilka läkemedel som anses olämpliga för äldre och som vi ska fokusera på att byta ut/sätta ut samt vilka alternativ som istället finns för äldre. 3.2: Varje år genomförs fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter 75 år och äldre. Vid dessa genomgångar ska vi fokusera på att om möjligt seponera olämpliga läkemedel. 3.3: Via Medrave kan en lista tas ut på de 60 äldre patienter som har de högsta förskrivningarna av olämpliga läkemedel. Denna kommer att tas ut ur Medrave och fördelas till varje ansvarig läkare som får gå igenom varje läkemedelslista.
4. Resultatet på påståendet <i>"På min arbetsplats får jag den kompetensutveckling jag behöver för att kunna utföra mitt arbete"</i> gav på medarbetarenkäten 2022 endast 63% positiva svar. Det resultatet har sänkts med 2% sedan 2021 och är också det påstående som genererade det fjärde sämsta utfallet på hela enkäten. Total svarsfrekvens på enkäten var 100% varför svaret anses pålitligt.	4:1 Uppföljning av detta specifika påstående med enskild enkät i juni för att förhoppningsvis redan då kunna se en positiv förändring där medarbetarna upplever att kompetensutveckling pågår. 4:2 Uppföljning i oktober på den sedvanliga medarbetarenkäten.
5. För att kunna utvärdera patienternas upplevelse av förbättring i bemötande och omhändertagande behöver vi samla in deras bedömningar via så kallad Touch point-mätning där de både anger en skattning av besöket och kan lämna skriftliga kommentarer.	5:1 För att kunna få ett så pålitligt resultat som vi bara kan av denna mätning behövs så många svar som möjligt, varför vi ställer vår Touchpoint-station synligt i närheten av vår reception där pat lätt blir påmind om att lämna sitt omdöme. Därtill kommer medarbetare inom alla personalkategorier samt skriftligt information i väntrummen att informera pat om möjligheten att lämna sitt omdöme efter besöket. 5:2 Inom Capio Academy finns en 15 minuter lång utbildning som handlar om bemötande av patienter och vikten av ett gott bemötande. Den utbildningen kommer alla medarbetare att få avsatt tid för att genomföra. 5:3 Ett mål är att höja antalet svarande patienter i snitt år 2023 jämfört med år 2022. 5:4 Ett annat mål är att höja skattningen som patienterna ger på det bemötande de får på vårdcentralen. Det blir ett kvitto för oss om att vårt bemötande och kompetens har höjt i och med våra kompetenshöjande åtgärder.
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-forbattringstrappa/>

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 "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 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>Antal ankelindexmätningar åtgärdskod APO32</i>	0 st	230101	5 st (baserat på prevalensen bensår som är 12 st år 2022)	Med-rave	231231
Indikator 2	<i>Andel patienter med diabetes mellitus typ2 och LDL <2,6 under de senaste 18 månaderna.</i>	55,8 %	230101	70 %	Med-rave	231231
Indikator 2,5	<i>Antal DDD av olämpliga läkemedel per behandlad äldre (75 år eller äldre).</i>	14,29 st	221130	13,5 st	Med-rave	231130
Indikator 3	<i>Andel positiva svar på påståendet "På min arbetsplats får jag den kompetensutveckling jag behöver för att kunna utföra mitt arbete" på den årliga Medarbetarenkäten.</i>	63 %	221031	80 %	Med-arbetsarenkäten	231031
Indikator 4	<i>Bemötande – Touchpoint Svarefrekvens, snittvärde</i>	87 st	230101	100	Touch-point	231231
Indikator 5	<i>NPS, snittvärde</i>	56	230101	80	Touch-point	231231

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-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 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. Ankelindex.

Dsk GJ genomför 230214 genomgång av ankelindexmätning med kollegorna. Man lyfter även vikten av att sätta rätt åtgärdskod (APO32) vid besöket så att antalet mätningar under året kan följas upp. Ytterligare information om ankelindexmätning kan läsas i Vårdhandboken.

2. Lipider hos patienter med DM typ 2.

ST-läk TF kommer att föreläsa sitt VESTA-arbete som berör diabetespatienter och deras lipidbehandling. Detta sker 21/2. Förutom detta kommer vi vara noga med att diabetesjuksköterskor och läkare vid patientbesöken är noggranna med att följa upp provresultatet av lipiderna samt motivera i journalen varför pat får eller inte får lipidsänkande behandling. Diabetesteamet får gå igenom de patienter som antingen inte har något registrerat LDL alls under de senaste 18 månaderna, eller har ett värde > 2,9 (dvs rött område). Kontroller kommer att göras i Medrave i juni för att stämna av att utvecklingen går åt rätt håll.

3. Olämpliga LM till äldre.

Läk MW (HSV) får under ett professionsmöte berätta hur hon går igenom en läkemedelslista hos en äldre pat, vad hon börjar med att rensa bort och vilka alternativ hon tycker är mest lämpliga för äldre patienter. Pat 75 år och äldre har tidigare följts inom kronikerteamen på vårdcentralen med läkarbesök var-vartannat år. Vi kommer att ändra dessa till att dessa äldre pat kommer att bokas på årskontroll till sin PAL en gång årligen för möjlighet till genomgång av läkemedelslistan, FLMG i de fall där detta ska genomföras samt ställningstagande till utsättning av olämpliga läkemedel.

4. Medarbetarenkäten. Resultatet på medarbetarenkätens påstående om kompetensutveckling i oktober 2023 kommer att jämföras med resultatet från föregående år. Därtill kommer detta påstående att skickas ut enskilt till alla medarbetare i juni för att se att våra insatser för kompetensutvecklingen går åt rätt håll.

5. Bemötande.

Touchpoint: Stationen står vid receptionen, tydligt utmärkt och lättillgänglig. Pat informeras av personal och via skriftlig information i väntrummet om att vi uppskattar om de lämnar ett omdöme efter besöket. Genomsnittlig svarsfrekvens och skattning via NPS 2022 kommer att jämföras med 2023. Capio Academy-utbildning, alla medarbetare.

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**

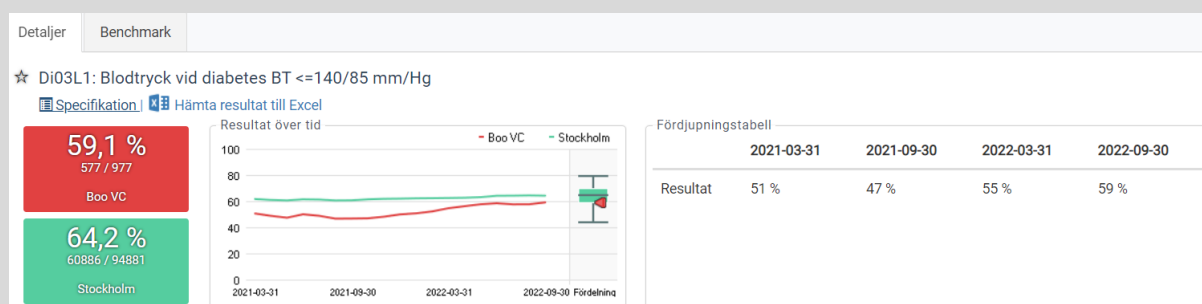
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bilfogas

1. Genomgång av förfarandet vid mätning av ankelindex samt diagnoskod i journal i sjuksköterskegruppen.
2. En av ST-läkarna på vårdcentralen redovisade sitt VESTA-arbete för hela vårdcentralen, det fokuserade på lipidbehandling hos patienter med DM typ 2. Då gick man igenom vilka målvärden som gäller för denna patientgrupp. Ansvaret för att fånga upp LDL-värden som ligger utanför önskat värde fördelades till diabetesteamet. De fångade upp dessa patienter via MedRAVE och vid planerade besök. Vi upptäckt av avvikande värden lades detta till ansvarig PAL på en rond, där PAL fick göra en bedömning om åtgärd och uppföljning.
3. Genomgången av olämpliga läkemedel hos äldre genomfördes istället av en ST-läkare och MAL på vårdcentralen. Först gick vi igenom hur omsättningen av läkemedel förändras när patienter blir äldre och varför äldre har en annan känslighet för vissa läkemedel. Därefter gick vi igenom vår topp 20 förskrivning av läkemedel till äldre och mer specifikt de läkemedel på den listan som anses olämpliga för äldre. I den mån det finns tipsades om alternativ. Både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor deltog i detta möte. Detta utfördes under hösten 2023 varför resultaten inte ännu kan avspejla en eventuell förändring efter genomgången. Under kommande år kommer vi att fokusera mer på att boka in äldre för årskontroll och fLMG till PAL.
4. Vi påtalade vikten av återkoppling via medarbetarenkäten varför svarsfrekvensen nådde 96%, endast 2 medarbetare fyllde inte i enkäten.
5. Touchpoint-stationen placerades väl synlig vid in/ut-gången på vårdcentralen och smyckades med ballonger för att bli mer synlig. Receptionisterna påminde patienterna om att vi uppskattar deras återkoppling efter besök.

6. Se punkt 5.

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	Antal ankelin dex-mätningar åtgärds kod APO32	0 st	230101	5 st	4 st	Med-RAVE	231215
Indikator 2	Andel patienter med diabetes mellitus typ 2 och LDL <2,6 under de senaste 18 månaderna	55,8%	220615	70%	66 %	Med-RAVE	231215

Indikator 3	<i>Antal DDD av olämpliga läkemedel per behandlad äldre (75 år eller äldre)</i>	14,29 st	230101	13,5 st	14,19 st	Med-RAVE	231215
Indikator 4	<i>Andel positiva svar på påståendet "På min arbetsplats får jag den kompetensutveckling jag behöver för att kunna utföra mitt arbete" på den årliga Medarbetarenkäten.</i>	63%	221031	80%	77%	Medarbetarenkät	231031
Indikator 5	<i>Bemötande – Touchpoint, svarsfrekvens, snittvärde</i>	87 st	230101	100 st	213 st	Touch-point	231215
Indikator 6	<i>NPS, snittvärde</i>	56	230101	80	67,5	Touch-point	231215

Övriga kommentarer:

Kompetensutveckling pågår ständigt.

För att få med så många av professionerna på vårdcentralen valde vi att arbeta med ett flertal indikatorer. Därmed kunde vi inte lägga allt fokus på en indikator utan fick ha ett brett perspektiv och försöka öka så många av indikatorerna som möjligt. I resultatet ses att endast indikator 5 helt uppfyller sitt målvärde, men att flera andra indikatorer (1, 2 och 4) nästan uppnår målvärdet medan en indikator (3) ligger en bit ifrån målvärdet. Vad gäller indikator 3 kan det icke uppnådda värdet förklaras med att information om läkemedel hos äldre och hur den förskrivningen kan förbättras kom för sent på året för att kunna ge något genomslag i siffrorna vid datum för avstämning. Vad gäller de indikatorer som inte helt uppfyller målvärdet uppvisar de alla en positiv trend, och där den stora positiva förändringen i resultat för indikator 4 ("Jag får den kompetensutveckling jag behöver") i sig indikerar att alla parametrar kommer att fortsätta i positiv riktning då kompetensutveckling är grunden för en förändring.

Vi ser positivt på att trenden kommer fortsätta mot ännu bättre värden på indikatorerna under 2024.

Slutreflektion
Vad har ni lärt er?
Vi har lärt oss att det är bra att begränsa de områden som vi ska fokusera på. Vi har också upplevt processen under året som positiv, där ovanstående arbetsgrupp för Kvalitetsarbetet har samlats på flera möten både för brainstorming om områden relevanta för förbättring samt hur genomförande ska gå till. Då flera professioner ingick i arbetsgruppen speglar förhoppningsvis resultatet på medarbetaundersökningen att medarbetare ur samtliga professioner upplevde en förhöjd kompetens.
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 och med att vi har fått en hög andel patienter som återkopplat anonymt via Touchpoint tycker vi att vi får en bild av patienternas bedömning av vårt bemötande av dem (vilket speglar vår kompetens) på flera olika plan samt vi har fått skriftliga svar från många där vi direkt kan läsa vad de uppfattar som bra och mindre bra. Touchpointvärdet ger även en indikation av hur välinformerade patienterna är av sin vård och behandling, vilket även avspeglar patientnytta.
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.
Vad gäller arm/ankelindex planerar vi att fortsätta påminna säkerställa att ny personal introduceras i detta samt återkommande träna på detta samt påminna varandra. Diabetesteam fortsatt fokus på lipider även framåt, följs upp regelbundet av teamet. Planen framåt är fortsatt fokus på kompetensutveckling, handlingsplan tas fram i januari. Beslut taget i ledningsgrupp. Äldre - diskussion behöver lyftas igen kring hur vi ska närma oss detta fält. Ansvarstagande hemsjukvårdsläkare finns. Vad gäller bemötande fortsätter vi följa detta regelbundet under så kallade fokusmånader och med hjälp av införd bemötandekoordinator får vi upp svarsfrekvens och följer regelbundet resultat via APT, ger ett naturligt fokus på området. Insatser behöver vara i relation till resultat.
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.