

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Kroniskt sjuka*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Djurö vårdcentral	
Verksamhetschef Kersti Ejeby	Verksamhetschefens e-post Kersti.ejeby@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 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 <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: Charlotte Falkenberg
Profession: Enhetschef/ Distriktssköterska
E-post:charlotte.m.falkenberg@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

Team KOL

Christian Lagerholm läkare

Marita Törnqvist, SSK

Charlotte Falkenberg, DSK

Team Bensår

Caroline Starck, DSK

Kristina Lindell DSK

Olle Grudin, läkare

Signe Bladström, SSK

Wendela Berg, USK

Team Hjärtsvikt

Charlotte Christerin, DSK

Lena Lindahl Altgenug, DSK

Sam Amini, läkare

Heidi Ehn Trautmann DSK

Ellinor Strandberg, USK

B: Vi kommer att presentera vårt förbättringsarbete för patienterna genom information i väntrummet. Det kommer att finnas en förslagslåda i anslutning till denna, för patienterna att komma med synpunkter och förslag.

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?**Tema Kroniskt sjuka**

Enligt uppslagsboken betyder ordet *kronisk* långvarig och motsatsen är *akut*. En kronisk sjukdom kan man oftast inte bli frisk från utan behandlingen går ut på att lindra besvären. Men sjukdomen kan vara tidvis återkommande, långvarig eller livslång. Djurö vårdcentral är en liten välfungerande

vårdcentral långt ut på Värmdö. Invånarna har stort förtroende för den vård som vårdcentralen erbjuder, kontinuiteten är hög både för besök till läkare och sjuksköterska. Befolkning är till stor del äldre både på fastlandet men också på de öar i skärgården som betjänas av läkarbåten. Patienternas relativt höga ålder gör att vårdcentralen hanterar många patienter med kroniska sjukdomar under många år. Vid ett APT beslutades att 2023 års förbättringsarbete skulle handla om omhändertagandet av kroniskt sjuka. Medarbetargruppen har både i mindre grupper och i samband med APT tittat på enhetens data i Medrave och Primärvårdskvalitet och valet föll på att arbeta med tre diagnosgrupper. **KOL, bensår och hjärtsvikt**. Tre team bildades och varje team har på avsatt tid tillsammans kommit fram till på vilket sätt man vill förbättra omhändertagandet av de kroniskt sjuka patienterna.

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.

Vårt tema är att förbättra vården för våra kroniskt sjuka patienter

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:

KOL: Förbättrat omhändertagande av KOL patienter vid exacerbationer genom att tillse att alla får ett uppföljande besök inom sex veckor efter exacerbationen (i linje med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer). Idag kan vi se utifrån vår statistik att ingen av våra patienter med KOL *exacerbation* haft ett uppföljande besök inom sex veckor. Det övergripande målet är således att samtliga patienter med KOL exacerbation skall följas upp enligt Nationella riktlinjer. Vi vet idag att lungfunktionen inte helt återställs efter en exacerbation varför det är angeläget att tillse att patienterna har en adekvat behandling om så långt det är möjligt förhindrar exacerbationer. Specifikt och mätbart delmål är att tillse att patienter med KOL exacerbation får ett uppföljande besök inom 6 veckor, detta för att se att patienten de facto har tillfrisknat men också för att se över att behandlingen är adekvat både rent farmakologiskt men också omvårdnadsmässigt så som t. ex. nutrition, motion, inhalationsteknik, hjälp med eventuellt rökstopp mm. Specifikt och mätbart mål blir således andelen patienter som efter exacerbation av KOL erhållit ett uppföljande besök. Andelen skall öka!

Bensår: Att finna bakomliggande orsaker, dvs genesen till patientens bensår är avgörande för sårsläkning. Vid Djurö vårdcentral finns ett mycket välformulerat vårdprogram för patienter med bensår där det framgår att patienten inom sex veckor skall träffa en läkare för att genesen till bensåret skall fastställas (arteriellt/venöst). Från primärvårdskvalitet framgår att allt för få patienter med bensår saknar specificerad diagnos där genesen framgår. Det övergripande målet är naturligtvis snabbare och bättre sårsläkning genom adekvat behandling som grundar sig på grundorsaken till patientens bensår. Specifikt och mätbart mål blir andelen patienter med diagnosen bensår som har en diagnos som också beskriver genes till bensår. Andelen skall öka.

Hjärtsvikt: Under de senaste åren har det kommit väsentligen uppdaterade behandlingsalgoritmer för patienter med hjärtsvikt. Nya läkemedel har tillkommit i behandlingsarsenalen och kunskapen om att hjärtsvikt på många sätt är en fatal sjukdom har ökat. Det övergripande målet är således att hjärtsviktpatienter vid Djurö vårdcentral skall erhålla adekvat modern behandling. Specifikt och mätbart mål blir andelen patienter med hjärtsvikt som erhållit SGLT2 hämmare, andelen skall öka.

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: Djurö vårdcentral har sedan länge en etablerad astma-KOL mottagning. Vi arbetar efter gällande riktlinjer. Under Pandemin har stora delar av KOL verksamheten nedprioriterats, till förmån för annan verksamhet. Vi har nu i stort sett lyckats komma ifatt när det gäller att kalla patienter på årliga kontroller. Vi ser dock att vi fortfarande har brister när det gäller uppföljning efter exacerbationer. Det vill vi förbättra!!	1.1: Förslagslåda för patienterna. 1.2 Utarbeta en vårdplan för att få en patientflöde I samband med KOL-exacerbationer. Genom interna utbildningsinsatser, öka kunskapen hos alla medarbetare vad gäller KOL. Det kan leda till att alla medarbetare strävar mot samma mål . 1.3: Vi planerar att delge resultatet av förbättringsarbetet genom en utställning i väntrummet 2024.
2: Det finns en väl utarbetad omvårdnadsplan vad gäller bensår. Dock har vårdprogrammet ej följts enligt riktlinjer. Utredningstider behöver förkortas.	2.1: Intern – samt extern utbildning för samtliga medarbetare planeras under året. 2.2: Mottagningen planerar att köpa in en tåtrycksmätare, för att kunna ställa korrekt fortare. 2.3: Patienter involveras mera genom att vi implementerar något som heter ”min vårdplan” där patienten kan följa utveckling och planering.
3: Möjligen att vi inte fokuserat på patientgruppen hjärtsvikt på samma sätt som andra sjukdomsgrupper. Vi har uppmärksammat att vi troligen har en underdiagnostik f.a. i hemsjukvården. Har hjärtsviktpatienter skötts av specialistvården i större utsträckning tidigare?	3.1: Utbildning av personal under punkt 1 och 2 3.2: Följa Viss vård- samt omvårdnadsprogram. Fokusera på att f.a. diagnostisera hemsjukvårdspatienterna samt erbjuda Livsstilssamtal enligt omvårdnadsprogram för hjärtsvikt i Viss med DSK. 3.3: Vi planerar att delge resultat av förbättringsarbetet i väntrum för patienterna enligt punkt 1.
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 KOL	<i>Andel patienter med diagnosen J441 de senaste 18 månaderna som erhållit ett uppföljande besök inom 6 veckor</i>	0%	230301	50%	PV kvalitet	231210
Indikator 2 Bensår	<i>Andel patienter med bensår som har en diagnos som anger genesen till bensåret</i>	20%	221231	60%	PV kvalitet	231210
Indikator 3 Hjärtsvikt	<i>Andel patienter med hjärtsvikt som har SGLT2 hämmare</i>	33%	230220	75%	PV kvalitet	231210
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2023</i>

Kommentar (valfritt):

För samtliga indikatorer kommer en ”mellanmätning att göras 230901.

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-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 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?

Djurö vårdcentral kommer att arbeta efter devisen ”där man lyser blir det ljust”. Det vill säga fokusera på dessa tre kroniska diagnoser genom att tidigt under 2023, för samtliga medarbetare, gå igenom såväl medicinska- som omvårdnads vårdprogram för de tre diagnoserna. För bensår är redan extern föreläsare approacherad. Varje team ska också utbilda sina arbetskamrater inom sina respektive områden. Allt utifrån VISS.

Målet är att alla medarbetare vid Djurö vårdcentral skall besitta god kunskap om behandling och omvårdnad utifrån de tre valda diagnoserna. Genom att "lära varandra" är vår bedömning att lärandet kommer närmre verksamheten.

Specifikt för KOL kommer en lokal rutin utarbetas för diagnos J441 (exacerbation av KOL). Vid det akuta besöket skall patienten remitteras till mottagningens KOL sköterska kallar patienten till sig inom sex veckor. Vidare skall vid det akuta besöket remiss skickas till fysioterapeut och ställning skall tas till eventuell samsjuklighet, t.ex. hjärtsvikt. Vid återbesöket hos KOL sköterskan skall CAT mätning genomföras, syremättnad mätas, inhalationstekning och compliance utvärderas, rökvanor efterfrågas, längd och vikt mätas och eventuell remiss till dietist skrivas.

Specifikt för bensår: Att aktualisera det redan befintliga vårdprogrammet för bensår och att följa detsamma. Sex veckor efter sårdebut skall ett läkarbesök bokas in till patientens ordinarie läkare (inte den som akutläkare för dagen). Besöket skall vara tillsammans med den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan (inte den sjuksköterska som "råkar" göra omläggningen idag). Inför detta besök skall "sårprover" vara tagna och ankeltrycksmätning genomförd. Patientens delaktighet är avgörande för läkningen och dokumentet/checklistan "Min vårdplan" skall fyllas i tillsammans med patienten och överlämnas till patienten.

Specifikt för hjärtsvikt: Samtliga patienter med kroniska sjukdomar är listade vid Djurö vårdcentral kallas minst 1 gång per år för läkarbesök. I samband med detta skall respektive läkare tillse att adekvat utredning av patientens hjärtsvikt har genomförts och att för patienten "rätt" farmakoterapi finns. I arbetsgruppen har också diskuterats att utbilda en "hjärtsviktssköterska" på samma sätt som det idag finns både KOL och diabetessköterskor. Denna process och diskussion får fortgå under året. Det finns idag utmärkta vårdprogram för omvårdnad av hjärtsviktspatienter som lätt kan appliceras i den kliniska verksamheten. Inom hemsjukvården finns de sköraste patienterna och vid Djurö vårdcentral finns idag (230221) 62 inskrivna patienter varav 15 har diagnosen hjärtsvikt. Detta är sannolikt en underdiagnostisering och då man utifrån patienternas läkemedelslista kan ana sig till att patienten har hjärtsvikt. En särskild intervention kommer att göras för hemsjukvårdspatienterna där journalen skall gås igenom av ansvarig läkare och korrekt diagnos sättas. De patienter som erhåller eller har diagnosen hjärtsvikt skall få ett samtal med hemsjukvårdssköterskan där de punkter som belyses i omvårdnadsprogrammet för hjärtsvikt adresseras.

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

Vi har under året fått gjort en omfördelning då vår hemsjukvård har haft en hög belastning och avstod därför ifrån att inte arbeta specifikt med hjärtsvikt i hemsjukvårdspatientgruppen utan med det hela vårdomhändertagandet. Beslutet togs gemensamt med medarbetargruppen. Vid Djurö vårdcentral arbetar hemsjukvårdsmedarbetarna även på vårdcentralen och kom därmed att delta i 2023 års förbättringsarbete.

Som framgår nedan valde vi att göra förbättringar i tre områden: KOL, bensår och hjärtsvikt. Vi har gjort en förbättring i alla tre områden men inte uppnått målen.

Initialt under året avsattes tid för alla tre grupperna för planering, utbildning- både intern och externa föreläsare samt tid för sammanställning. Redovisning från grupperna har även skett kontinuerligt på APT under året.

Bensårsgruppen har fått "min vårdplan" att bli ett levande dokument. Läkarbesök sex veckor efter sårdebut har bokats in och det har varit ordinarie läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska som har varit med på besöket. Prover har tagits och ett ankeltryck/tråtrycksmätning har gjorts. Vårdcentralen köpte in en tåtrycksmätare våren 2023 för att alla bensårspatienter skulle kunna få en tåtrycksmätning på plats. Utbildning har skett för handhavande och tolkning av resultat av tåtrycksmätningarna. Djurö vårdcentral har ökat resultatet andel patienter med bensår som har en diagnos som anger genesen till bensåret men inte uppnått målet. **Resultat 43% och mål 60%**, noteras att hösten 2023 hade målet uppnåtts, detta kan tolkas som att enheten har en fortsatt arbeta att göra med att vidmakthålla arbetssätt. Detta till trots har en fördubbling av andelen patienter som har en korrekt diagnos uppnåtts.

Hjärtsvikts gruppen: Patienter med hjärtsvikt kallas minst 1 gång per år för ett läkarbesök. I samband med detta skall respektive läkare tillse att adekvat utredning av patientens hjärtsvikt har genomförts och att för patienten "rätt" farmakoterapi finns. Vi har ökat andel patienter med hjärtsvikt som har SGLT2 hämmare men inte uppnått målet. **Resultat 57%, målet var 75%**. Intentionen var att utbilda en sjuksköterska till hjärtsviktssköterska men det har under året inte varit genomförbart men förhoppningen är att detta skall kunna ske under 2024 då en distriktsköterska kommer åter från från barnledighet och en annan åter från vidareutbildning.

KOL gruppen: Gruppen har utarbetat en lokal rutin för patienter med diagnos J441 (exacerbation av KOL). Vid det akuta besöket remitteras patienten till mottagningens KOL sköterska. Patienten kallas inom sex veckor. Vidare skall vid det akuta besöket remiss skickas till fysioterapeut och ställning skall tas till eventuell samsjuklighet, t.ex. hjärtsvikt. Vid återbesöket hos KOL sköterskan skall CAT mätning genomföras, syremättnad mätas, inhalationstekning och compliance utvärderas, rökvanor efterfrågas, längd och vikt mätas och eventuell remiss till dietist skrivas. Vi har förbättrat resultatet Andel patienter med diagnosen J441 de senaste 18 månaderna som erhållit ett uppföljande besök inom 6 veckor men inte uppnått målet. **Resultat 39% mål 50 %**. Även för denna indikator se vi att målet var uppnått i under hösten, se resonemang ovan.

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	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 KOL	Andel patienter med diagnosen J441 de senaste 18 månaderna som erhållit ett uppföljande besök inom 6 veckor	0%	230301	50%	53,8% 38,6%	PV kvalitete	230930 231231
Indikator 2 Bensår	Andel patienter med bensår som har en diagnos som anger genesen till bensåret	20%	221231	60%	64,7% 42,9	PV kvalitete	230430 231231
Indikator 3 Hjärtsvikt	Andel patienter med hjärtsvikt som har SGLT2 hämmare	33%	230220	75%	57%	PV kvalitete	231231
Indikator 4							T.ex. dec 2023
Indikator 5							T.ex. dec 2023

Övriga kommentarer:

Sammanfattningsvis har vårdcentralen visat på påtagliga positiva resultat för samtliga tre områden. Vi uppnådde målen i två av tre grupper tidigare under året. Båda grupperna har utarbetat bra flöden och vårdprogram som följs. Vi kommer att kontinuerlig följa statistiken och redovisa den på APT och hoppas att siffrorna kommer förbättras

Varför vi valde att ta statistik 231231 är för att vår enhet har haft problem med inkommande data i Medrave, avsikten var att hämta data i mitten av december men det gick inte pga tekniska problem.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att där man lyser blir det ljus! Som ovan beskrivits positiva resultat för samtliga tre områden. Vi hade en reflektion med hela arbetsplatsen där vi kom fram till att målen var satta för högt. Personalen upplevde även att det va för många områden då vi är en relativ liten arbetsplats. Upplägget med grupparbeten, intern och extern utbildning samt kontinuerlig uppföljning på APT har upplevts som lärande, inspirerande och levande. Vi se också att vi fortsatt måste arbeta med att "hålla i de riktlinjer och program som finns". Detta är en utmaning för alla kunskapsorganisationer där flödet av "nya rapporter, riktlinjer och uppgifter" synes oändligt

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?

Bra feedback från patienterna med bensår som önskade att det levande dokumentet "min vårdplan" skulle förvaras i en pärm på vårdcentralen då det var lätt att glömma det hemma. Vi har nu en pärm i ett låst skåp som vi kan förvara dokumentet till de patienter som vill

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.

Stående punkt på APT, statistik tas fram och redovisas, interna utbildningar inom de olika områdena. Utbildning och inrättande av hjärtsviktssköterska.

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.