

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Öka antalet SIP

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Vallentuna	
Verksamhetschef Jenny Lundqvist	Verksamhetschefens e-post jenny.lundqvist@kry.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: Jenny Lundqvist
Profession: Sjuksköterska, verksamhetschef
E-post: jenny.lundqvist@kry.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 sidotjänstgöring, 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 och deras professioner

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

A:

Jonas Gerdin Sjuksköterska

Ingrid Sverke Distrikssköterska

Anna Axner

Joakim Grimmell Allmänspecialist

B: Efter genomförd SIP fråga om pat känner att den samordnade planeringen varit värdefull.

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/verktyglada-forbattningstrappa/>

Och här:

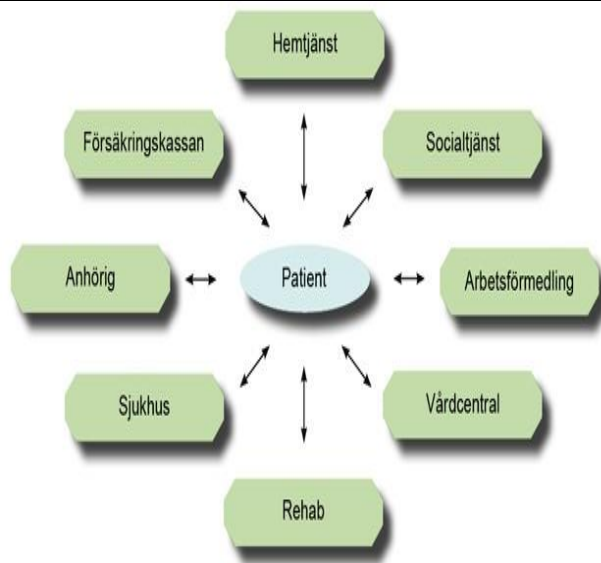
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyglada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vid en samordnad individuell plan, SIP, är patientens behov i centrum. När flera verksamheter samverkar ökar chanserna till framgång. Här är några exempel på aktörer som kan vara med på SIP



Låg antal registrerade SIP 2022, antalet registrerade SIP enligt Medrave 2022 var 3 st

Öka antalet SIP, använda digitala verktyg för att lättare genomföra SIP. Anordna möten med andra vårdaktörer i Vallentuna för att belysa ämnet och arbeta fram ett snarligt arbetssätt för att underlätta för få en gemensam förståelse hur vi kan samverka.

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.

SIP, Samlad individuell plan.

I både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att kommunen och regionen ska upprätta en SIP när de bedömer att insatser behöver samordnas.

Samordnad individuell pla, SIP ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan.

Erbjudande om SIP gäller när behov av gemensam planering uppstår av insatser mellan kommun och primärvård samt vid utskrivning från sjukhus. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst ställs det stora krav på samordning.

SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. Arbetssättet skapar tydlighet och överblick och leder till förbättrad patientsäkerhet och tidsvinster.

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:

SIP syftar till att skapa delaktighet och trygghet för individen. Den ska utgå från vad som är viktigt för individen och vara individens plan. Dokumentet ska innehålla vad individen kan göra själv, vad hen behöver hjälp och stöd med, vem som ansvarar för vad och kontaktuppgifter till ansvariga vårdgivare

Vi vill öka antalet SIP då det är fördelaktigt både för patienten och vården.

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: Låg kännedom kring att man utför SIP

1.1: Större kännedom ang SIP genom intern och extern utbildning

1.2: Samverkan med kommun genom regelbundna möten

1.3:

2: Använda digitala verktyg vid SIP

2.1: Kartlägga vilka digitala verktyg samverkande enheter har tillgång till.

2.2: KRY har sin egna portal som är möjlig att nyttja vid SIP i hemmet

2.3:

3: Undersöka patientens upplevelse av SIP;en

3.1: Intervjua patienter som blivit erbjuden SIP

3.2:

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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
	T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspir					

	ometrier per vecka					
Indikator 1	Antal SIP	3 st registrerade 2022	feb 2023	10 st	medrave	Dec 2023
Indikator 2	Antal SIP digitalt	Ej mätbart	feb 2023		journalgranskning	<i>T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 3	Antal samverkan ansmöten	Boka möten per kvartal med övriga aktörer	1 möte har genomförts första kvartalet 2023	4 möten per år		<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2023</i>

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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action

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/verktyglada-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 tänkt? Säg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni dra?

- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

- Diskutera kring SIP, med stor sannolikhet genomförs detta men inte på strukturerat sätt
-

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 senast 28 februari 2023 till: forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Kry Vårdcentral Vallentuna del 1 och 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. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vi ser att andel registrerade SIP inte har ökat men vid diskussion så framkommer det att vi tänker mer kring SIP och försöker mer få till det. Vi tror också att vi genomfört fler SIP:ar men att vi har varit dåliga på att registrera detta. Det upplevs som ibland svårt hur man ska dokumentera. Vi har gått igenom de protokoll som finns och kommit fram till att vi inte ska göra det för komplicerat. Vi ska tänka att detta är för att gynna för patienten och övriga aktörer runt om.

Genom att vi tänker mer på samverkan kring patienten så blir det också mer naturligt.

Vi har samverkat med övriga aktörer för att underlätta arbetssättet. Om samtliga i kommunen arbetar lika så underlättar det för alla och gynnar patienterna.

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 SIP	3 st registrerade 2022	feb 2023	10 st	1 st	medrave	T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Antal SIP digitalt	Ej mätbart	Feb 2023		Har ej varit möjligt att inleda pga tekniska svårigheter. Dock är det något vi på Kry kommer arbeta vidare på att försöka lösa.		T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året
Indikator 3	Antal samverkansmöten	Boka möten per kvartal med	Feb 2023	Minst 4	Möten med andra aktörer i kommunen		T.ex. dec 2023

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 kommer att fortsätta arbeta med detta. I och med det framtida arbetet med God och nära vård så är samverkan en förutsättning för att patienten ska få bästa möjliga vård och omvårdnad.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se