

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

del 1 och del 2

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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.hsf@sll.se senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

DEL 1 – Planen

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.
Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

Ansvariga: Hjördis Söderberg, chefssjuksköterska
Kontaktperson: Hjördis Söderberg (hjordis.soderberg@ptj.se)
Teammedlemmar; usk Bibbi Lindberg, ssk Anita Gennert, ssk Helena Eckhardt, ssk Hjördis Söderberg, dsk Maria Buskas, DSK Carina Wallin Larsson, Distriktsläkare John Jägerfeld, distriktsläkare Siv Lundaahl, Distriktsläkare Sara Banegas

Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?**
Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck

Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke

1. Vi har en tydlig handlingsplan för våra diabetespatienter vad gäller vård och uppföljning, kontinuitet, PAL, VL, halvårsbesök mellan dsk och läkare, olika parametrar som enligt checklista kontrolleras kontinuerligt och önskar detsamma med våra patienter med kognitiv svikt. En av våra stora patientgrupper är de med kognitiv svikt. Antalet äldre personer ökar i Ekerö kommun. De närmaste 10 åren ökar antalet medborgare över 65 år med ca 30 %, från knappt 4 000 till drygt 5000 år 2020. Det betyder också att det blir fler medborgare med kognitiv svikt.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

Enligt FoU's beräkningar har ca 7 % av de över 65 år kognitiv svikt. Ekerö vårdcentral har 3400 personer listade som är > 65 år och det skulle innebära ca 238 potentiella patienter hos oss med kognitiv svikt som har varierande behov av behandling, uppföljning, stöd och hjälp. På grund av dessa patienters kognitiva handikapp så kan många av dessa patienter utgöra en svag och utsatt grupp som behöver extra vård och omsorg samt väl planerade uppföljningar. Vi har ett gott och flexibelt samarbete mellan olika yrkeskategorier där vi ser flera förbättringsmöjligheter för patientgruppen med kognitiv svikt, tex; I nuläget är de flesta patienter med kognitiv svikt/demensdiagnos inte uppsatta på väntelista för årlig kontroll och alla har inte en egen läkare. Det åligger även denna patientgrupp att själv eller via anhörig ringa för återbesök och ny receptförskrivning vilket vi önskar kunna arbeta mer preventivt med. Vi planerar att ha uppföljning växelvis var 6.e månad med läkare och sjuksköterska för att kunna fånga upp diverse behov och stöd.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

Vi vill arbeta med hur vi kan vi utöka/förbättra/effektivisera utredning, behandling och uppföljning av patienter med kognitiv svikt.

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt

T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer

Vi vill med detta kvalitetsarbete arbeta med frågeställningen om hur vi kan utöka samt förbättra det individuella omhändertagandet och uppföljandet av denna patientgrupp för att bättre kunna bedöma/behandla/bistå patienters behov av olika medicinska, psykosociala och praktiska insatser. Vår avsikt är att öka kunskapsnivån, att gemensamt utifrån olika professioner arbeta fram dokument som underlättar och tydligt beskriver flödet för basal demensutredning, regelbunden uppföljning hos ssk/läkare samt iordningställa kriterier för diagnosättning. Iordningställa rutiner för insättning och utsättning av bromsläkemedel.

Dessa dokument ska generera en handlingsplan som implementeras innan årsskiftet.

En handlingsplan skapar en förutsättning för att alla patienter skyndsamt utreds och behandlas analogt, oavsett vem som patienten träffar.

För denna patientgrupp är det särskilt viktigt att alla patienter har en PAL och PAS. Med hjälp av denna handlingsplan hoppas vi kunna ge denna patientgrupp och deras anhöriga den livskvalité, vård, trygghet samt kontinuitet i sjukdomens olika skeden som beskrivs i enlighet med regionalt vårdprogram Kognitiv sjukdom 2019.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

- Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.
- Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).

Våra mål/ förbättringsidéer med detta projekt är:

1. Att all personal, sekreterare/ usk/ ssk/ dsk/läkare har ökad kunskap om kognitiv svikt för att snabbare förstå, omhänderta och initiera basal demensutredning. Detta planeras med utbildning -tex ABC Demens/primärvård.
2. Att ha en tydlig handlingsplan för att enkelt kunna genomföra basal demensutredning så att tiden för patienten mellan 1.a besöket till diagnos förkortas.
3. Att ha en handlingsplan för samarbetet mellan olika aktörer som har olika uppdrag som tex., MMSE, anhörigintervju, för att erhålla ett smidigare flöde.
4. Att arbeta fram en checklista med div frågor för läkare/ ssk vid uppföljning av dessa patienter med ca 6 mån mellanrum till läkare och sjuksköterska då olika behov av stöd och hjälp kan fångas upp av olika professioner tex framtidsfullmakt.
En checklista för kriterier för diagnosättning, kriterier för insättning och utsättning av bromsläkemedel, samt information för anhörigstöd, dagvård och BPSD team. För punkt 2-4 arbetas det fram checklister och handlingsplan för olika ändamål tex basal demensutredning, checklista för återbesök till ssk och till läkare, flödesschema till vilka som gör vad -tex MMSE och anhörigintervjuer.
5. Förbättrad samverkan med andra runt den sjuke, anhöriga BIB, hemtjänstaktörer, dagvård, kommun, minnesmottagningen.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med PAL	88,6 %	190411	100 %	20191231
Indikator 2	Andel som har haft ett återbesök under året	38 %	190411	65 %	20191231
Indikator 3	Antal pat med diagnos demens eller kognitiv svikt	123	190411	135	20191231
Indikator 4	Antal patienter med dokumenterad vikt	34 %	190411	50 %	20191231
Indikator 5					

Kommentar (valfritt):

Vi kommer använda medrave och primärvårdskvalitet för uppföljningen.

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1
t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Kvalitetsprojektgruppen består av ett tvärprofessionellt team dit frivilliga anmälde sig. Vi började med att förutsättningslöst brainstorma och sedan succesivt ta ut de beståndsdelar som vi tyckte var viktiga att fokusera på. Dessa beståndsdelar utkristalliserades sig som ett antal förbättringsideer. Vi arbetar alla med patienter med demenssjukdom därför visste vi även vari vissa problem låg och vad som saknades eller behövde förbättras, vidareutvecklas. Det var även ett stort behov av att samordna oss så att vi hade ett tydligt och enkelt flödesschema att gå efter med distinkt handlingsplan. Vi har därefter delat upp olika förbättringsideer/utvecklingsområden enskilt eller i par som vi därefter presenterat i teamet. Förbättringsidéerna har stötts och blöts i projektgruppen tills vi har fått resultat som alla varit tillfreds med. Färdiga förbättringsideer som fastslagits har i sin tur genererat i nya förbättringsideer. Allt eftersom förbättringsidéerna arbetats fram och presenterats i teamet så har vi kunnat fylla i luckorna till ett tydligt flödesschema med handlingsplan och handfasta verktyg att arbeta med såsom färdiga demensmallar och checklistor. Under arbetet med kvalitetsprojektet har vi i teamet haft regelbundna möten där vi skrivit ned minnesanteckningar löpande, för att se vad som diskuterats och vuxit fram allteftersom. Dessa anteckningar har legat synliga i vårt datorsystem för alla i hela personalstaben som haft intresse av att följa kvalitetsarbetet, samt för att ha som agenda under arbetet. När vårt team arbetat fram plattformen för Ekerö Vårdcentral omhändertagande av demenspatienter och deras närstående presenterade teamet kvalitetsprojektet på ett personalmöte med Powerpoints för att illustrera alla delar.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med PAL	88,6%	190411	100%	100%	191231
Indikator 2	Andel som har haft ett återbesök under året	38%	190411	65%	50%	191231
Indikator 3	Antal pat med diagnos demens eller kognitiv svikt	123 st	190411	135 st	154 st	191231
Indikator 4	Antal pat med dokumenterad vikt	34%	190411	50%	34%	191231
Indikator 5						

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

Övriga kommentarer:

Se kommentar om resultatsdiskussion och sammanfattning under fliken D på nästa sida.

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1. Att det har varit betydelsefullt att arbeta tvärprofessionellt i grupp med undersköterska, sjuksköterska, distriktssköterska samt läkare som utifrån sina specifika uppdrag träffar den dementa patienten och närstående, i hemsjukvården eller på mottagningen. Detta för att få så bred förståelse som möjligt för olika behov och stöd som vi behövde arbeta med. Även en sekreterare hade varit bra att ha med i gruppen.
2. Att det krävs tid och kontinuerligt samarbete, engagemang och uppföljning mellan olika professioner för att kvalitetsarbetet ska fortskrida och utvecklas.
3. Att det är viktigt att välja indikatorer som är relevanta, överskådliga samt enkelt mätbara för utvecklingsarbetet.
4. Att det är lätt att ett kvalitetsarbete kan bli omfattande med entusiastiska medarbetare, - tex när diskussion om kallelsebrev fördes så framkom behovet av en relevant enkät för de patienter som både har och inte har medicinsk behandling för att kunna ge så optimal hjälp, stöd och behandling som möjligt.
5. Att det är viktigt att informera och uppdatera alla kollegor kontinuerligt så att alla känner till flödesschemat med handlingsplan för patienter med demenssjukdom för att uppnå uppsatta mål.
6. Att använda rätta sökord i dokumentationen för att statistik ska kunna inhämtas i Medrave4, tex Anhörigintervju, vapenlicens eller remiss arbetsterapeut.

2. Vid alla olika förbättringsideer som tex väntelista, uppföljning hos läkare, uppföljning hos ssk/dsk har vi applicerat våra erfarenheter och önskningsar som vi i den tvärprofessionella gruppen inhämtat från patienter med demenssjukdom under årens lopp eller parallellt under projektiden. Vi har hela tiden strävat efter att ha patienten och ev närstående i fokus för att kunna ge så gynnsam vård som möjligt. Tex arbetet med väntelistan - Innan projektet hade vi inte någon VL för dessa patienter och då vi av erfarenhet vet att det är en extra sårbar och utsatt grupp har vi skapat VL med 6 månaders mellanrum dels till PAL och dels till ssk/dsk då vi förstått att patient och närstående har behov att diskutera olika spörsmål-och vi själva, läkare jämte ssk/dsk ställer frågor av olika natur beroende på skiftande behandlings och omvårdnadsfokus. Här tillkommer även olika behov för den demenssjuke och hans närstående beroende på var i demenssjukdomen som pat befinner sig i. Olika patienter har olika behov av uppföljning beroende på var i sjukdomsförloppet hen befinner sig i men nu blir hen i alla fall erbjuden besök 2 ggr/år vilket inte varit något alls, innan. Vid behov erbjuds fler besök. Vidare kan ett annat exempel nämnas, ang. uppföljning hos läkare, så har vi numera en demensmall för läkare så att alla läkare tar upp samma saker, så att alla patienter med demenssjukdom får samma, likartad uppföljning oavsett vilken läkare hen träffar. Här har vi infört en enkät för bättre inblick i patientens situation. Med erfarenheter från våra demenspatienter och efterfrågan från närstående så blev det uppenbart att vi även behövde en demensmall för ssk med skilda frågeställningar så att uppföljning hos ssk blir densamma oavsett ssk, samt att det är viktigt att det finns möjlighet för den demenssjuke och närstående att få möjlighet att diskutera andra angelägenheter än det som hanteras hos PAL.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi har satt upp en informationshylla med information och broschyrer om anhörigstöd, demenssjukdomar och framtidsfullmakt, god man mm i väntrummet, som uppdateras regelbundet och där även usk/ssk/läkare kan lämna broschyrer till behövande.

3. Vi har arbetat med fokus på den demenssjukes och närståendes behov av behandling, uppföljning och omvårdnad. Kollegor har ett tydligt flödesschema att följa med handlingsplan för olika åtgärder. Vi har under 2019 förankrat detta kvalitetsarbete med nya rutiner och verktyg. Vi kommer under 2020 att följa upp vårt flödesschema med handlingsplan för att kontinuerligt utvärdera och vidareutveckla projektet så att det blir väl förankrat, fungerande och användarvänligt hos varje kollega. Vi kommer att fortsätta samarbetet med vårdgrannar, uppdatera våra kunskaper med utbildning och föreläsningar. Vi kommer kontinuerligt utvärdera våra demensmallar för läkare och sjuksköterskor för att utveckla mallarna så de blir så optimala som möjligt för respektive profession. Vi kommer att fortsätta arbeta med checklista för insättning resp. utsättning av läkemedel. Detta är ett arbete som ständigt behöver uppmärksammas, uppdateras och utvecklas beroende på nyheter och uppkomna kunskaper kring denna sjukdom.

4. Medrave m4
Nationella riktlinjer -vård och omsorg vid demenssjukdom
Liston

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2
t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan forbättringsarbeten.hsf@sll.se

RESULTATDISKUSSION KVALITETSARBETE 2019

Ekerö Vårdcentral har sedan ca fem år nästan fördubblat sin personalstyrka, utökat vårdcentralen ytmässigt samt ökat antalet listningar från 15000 till 20500 personer. I och med att vi är en stor verksamhet med många medarbetare så är vår strävan att följa vårdprogram och lokala rutiner en viktig faktor för att alla patienter oavsett vem de träffar ska få så analog vård och omhändertagande som möjligt.

Projektets övergripande målsättning för detta kvalitetsarbete var att skapa bättre förutsättningar för att ta hand om våra patienter med demenssjukdom och deras anhöriga, att öka kunskapsnivån, arbeta fram dokument som tydligt beskriver flödet över utredningsprocessen samt en tydlig handlingsplan med åtgärder och verktyg.

De angivna effektmålen är:

1. Andel patienter med PAL
2. Andel patienter som haft ett återbesök under året
3. Antal patienter med diagnos demens eller kognitiv svikt
4. Antal patienter med dokumenterad vikt.

Vi kan konstatera att det inte har varit helt lätt att tolka statistiken från Medrave4 då Ekerö Vårdcentral efter den sista aug-19 valde att lämna sitt uppdrag med att bemanna tre SÄBO (särskilt boende) med distriktsläkare. Vid projektets start har vi siffror som räknar med patienter på särskilda

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

boende, vilket kan bli felaktigt vid summan för slutdatumet. Om vi använder Medrave4 med datum från 1.a september, när avtalet är slut kommer ej alla andra patienter med som vi har sedan tidigare. Kommentarer om det på resp. punkt.

1. Andel pat med PAL

När vi startade hade vi 170 st patienter med demensdiagnos, av dessa bodde 47 på SÄBO, 14 st var listade på Ekerö Vc och resterande 109 hade en PAL. Det innebar att 88,6 % av demenspatienterna hade en egen PAL. En viktig faktor i vårt arbete var att åstadkomma en hundraprocentig listning av dessa patienter på en egen PAL. Vi anser att denna grupp är extra utsatt och skör och av stor vikt att de har en PAL som ser till att patienten kallas regelbundet på kontroll och uppföljning. Vi har med flödesschemat som vi har skapat, säkrat att pat får en PAL genom att sätta in punktinsatser hela vägen via olika professioner, från utredningens början till uppföljning med att inblandade kollegor kontrollerar att pat har en PAL. Detta har vi också lyckats med enligt resultatet; Andel patienter med PAL är 100%.

2. Andel som haft ett återbesök under året

Det var ett minimum av läkarna som satte upp denna patientgrupp på VL (väntelista) efter ett årsbesök. Det fanns inte heller någon rutin för ssk/dsk att sätta upp patienterna på VL till dom själva. Vi kunde vid starten se att 38% av patienterna hade haft ett återbesök hos läkare eller ssk/dsk och vi kunde vid projektets slut se att 50 % av patienterna fått ett återbesök, målet var 65%. Denna siffra är dock lite tvetydigt positiv (även fast vi ej uppnått målet) då vi ännu inte kommit att erhålla effekterna ännu, av vårt planeringsarbete med VL. När det är en så pass lång tid som 6 månader mellan besöken på VL kommer resultateffekten att bli fördröjd och låta sig synas först under våren 2020 då de nya rutinerna började sättas efter sommaren 19.

3. Antal patienter med diagnos demens eller kognitiv svikt

Vi hade som sagt 123 st dokumenterade demenspatienter 190411 och med tanke på FoU's statistik så förväntade vi oss att ha 135 personer med demensdiagnos. Vårt resultat vid årets slut visar på 154 st personer, baserat på Medrave4 190101-191231. Denna siffra som är positiv får dock tas med en nypa salt då det i summan är medräknat SÄBopatients som fått plats där under 2019.

En parameter som vi kan förhålla oss till, för att om möjligt tolka förändring i antalet nydiagnostiserade patienter, är att undersöka siffror för ny demensdiagnos under årens lopp från medrave4:

160601-170601: 16 st

170601-180601; 42

180601-190601; 58

Under perioden 190601-200131, var det 45 st som fick en demensdiagnos vilket pekar på att frekvensen av nydiagnostiserade demenspatienter ökar.

Under arbetets gång har vi dock hittat brister i dokumentationen då vi upptäckt flera fall som fått sin diagnos av annan vårdgivare, framförallt från minnesmottagningen på Brommageriatiken och där det ej har uppdaterats i diagnoserna i vår TCjournal. Diagnosen har skrivits som notat utan patientkontakt i journalen och därigenom har vi inte fått med

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

dessa patienters demensdiagnos i Medrave4. Detta är åtgärdat och inlagt som rutin i flödesschemat.

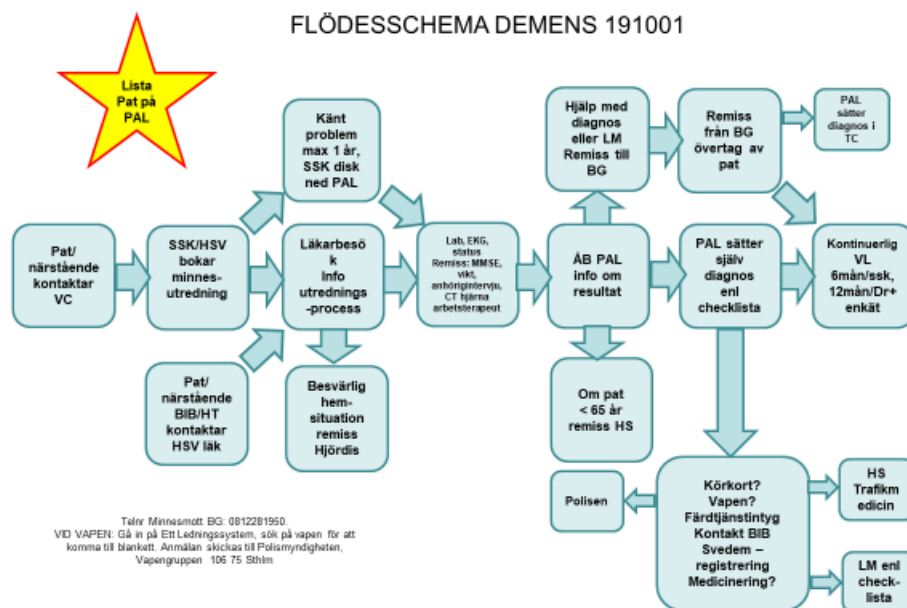
I och med detta fel/brist kan det generera felaktiga siffror även för effektmål 2 då det inte funnits en diagnos.

Slutsats för effektmål 3 är ändå att vi har nått målet.

4. Antal patienter med dokumenterad vikt

I denna indikator hade vi 34% som utgångsvärde och vi önskade ett resultat på 50%. Vi har inte uppnått målet då vi ligger kvar på samma siffra, 34 % 191231. Det vi ändå kan utläsa från Medrave4 är att antalet nydiagnostiserade patienter med en dokumenterad vikt har ökat från 33% för perioden 180101-181231 till 42% för perioden 190101-191231. Siffran för totala antalet patienter med dokumenterad vikt, var i efterhand -under projektets gång, väntat då vi ej hunnit ha regelbundna återbesök så vi kan notera att i och med att vi har standardiserat våra demensmallar för ssk/dsk/läkare så dokumenteras vikt och längd vid besöken i större utsträckning än vid tidigare besök. Vi förväntar oss att under 2020 uppnå en siffra på > 50 % då vikt numera ingår i de halvårsvisa besöken.

Ekerö Vårdcentralers flödesschema



Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)

Sammanfattning

Arbetet med detta kvalitetsprojekt har genererat många positiva effekter.

Ekerö vårdcentral har nu ett tydligt flödesschema med enkel handlingsplan och verktyg för att så optimalt som möjligt kunna ta hand om våra demenspatienter och deras närstående.

En okomplicerad handlingsplan skapar en förutsättning för att alla patienter skyndsamt utreds och behandlas analogt, oavsett vem som patienten träffar.

- Alla patienter listas på en PAL via flödesschemat.
- Vidare beskriver flödesschemat steg för steg vad som ska göras, det finns handlingsplan för olika åtgärder som ska tas, tex vad som ska göras om pat är under 65 år, om det är osäkert om pat ska köra bil eller bruka vapen mm.
- Med hjälp av ny rutin med VL så ser vi till att *alla* demenspatienter kallas kontinuerligt till sin PAL och till ssk/dsk för uppföljning.
- Nya specifika kallelsebrev för demenspatienter är skapade.
- Med hjälp av skapade demensmallar för ssk/dsk och läkare så ser vi till att olika parametrar tas upp och behandlas under återbesöken. Med sökord som tex. omvårdnadsstatus, munhygien, vikt, hjälpmedelsförskrivning i sskmallen - och sökord som tex. L-Muppföljning, funktionsförmåga, och hjälpinsatser får de olika professionerna ett bättre paraplyperspektiv på patienten och hens ev närstående så att rätt behandling, hjälp och stöd sätts in och ingen viktig parameter glöms bort.
- Med 2 olika enkäter, med L-Mbehandling/utan L-Mbehandling kan vi bättre följa utvecklingen av hur den närstående upplever olika situationer och beteenden.
- Med checklista för in och utsättning av L-M är det enklare att hantera beslut.
- Vi fortsätter med utbildning och kunskapsinhämtning. Hela usk/ssk/dsk som gör MMSE har fått gemensam utbildning och minnesmottagningen på Brommageriatiken är anlita för en föreläsning i vår, mm.
- Med detta arbetsätt ökar vi samarbetet mellan olika professioner på Ekerö VC.
- Vi har ett gott samarbete med våra vårdgrannar då vi i Ekerö kommun aktivt samarbetar i Ekerö kommuns Demensmodellen. Det är en lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom samt stöd till deras närstående. Aktörer som vårdcentraler, hemtjänstföretag, SÄBO, biståndsbedömare, medicinskt ansvarig ssk, anhörigkonsulent, boendestödjare, minnesmottagningen Brommageriatiken, Silviahemmet m.fl. samlas regelbundet några gånger per år för att vidareutveckla samarbetet.

Enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska Primärvården göra uppföljningar minst 1g/år för att följa upp bl.a. L-Mbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, ev beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser samt stöd till närstående. Med hjälp av detta kvalitetsarbete har vi nu bra förutsättningar att kunna göra så, och vi ser framemot för ett bättre och okomplicerat omhändertagande på fler plan än vi tidigare kunnat ge till våra patienter med demenssjukdom och deras närstående.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Sara Banegas	Aktnummer (ifylles av HSF)