

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Ronna vårdcentral

Verksamhetschef Per Mjörnheim

Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022**del 1 och del 2: *Handläggning av
urinvägsinfektioner*****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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2022**. 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 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

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.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.

Ayad Tawfeeq ST-läkare, Joseph Hanna Undersköterska på laboratoriet, Huda Yachoo telefonist, Per Mjörnheim Verksamhetschef och spec i allmänmedicin

Kontaktperson Per Mjörnheim per.mjornheim@gmail.com**Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!**

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.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Ronna vårdcentral

Verksamhetschef Per Mjörnheim

Aktnummer (ifylles av HSF)

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>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

*Vid studier av behandling av urinvägsinfektioner före och efter Covid pandemin så upptäcktes att urinvägsdiagnos utan lokalisation eller nivåbestämning (N30P och N390 användes i över 40% före pandemin och 68% första året under pandemin. Detta för bägge könen tillsammans. Detta trots att CRP är tagen i 53% av fallen och att temperaturmätning skedda i 47%. Medelvärde på temperaturen var 36 grader och ändå togs så många CRP. Troligen är detta en överanvändning av CRP testet.
Hela 20% av patienterna remitterades till urolog/akuten vilket är en förvånande hög siffra.*

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Förbättrad diagnostik och handhavande av patienter med urinvägsinfektioner

Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)

Adekvat provtagning och åtföljande korrekt nivåbestämning. Studera orsaken till att 20% remitterats vidare och se om det är nödvändigt

Steg 4 Specifika delmål– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

Delmål 1 är att över 90% ska temperatur vara tagen eller bedömd vid status tagande.

Delmål 2 att CRP endast är tagen vid temperatur på 38 grader eller därutöver.

Delmål 3 att de diagnoser som används anger nivå i över 90% av diagnoserna

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	Ronna vårdcentral
Verksamhetschef	Per Mjörnheim
Aktnummer (ifylles av HSF)	

Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda det så kallade ”fiskbensdiagrammet” eller ”orsak-verkan-diagram” för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>

- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

a.

Utarbeta ett lokalt flödesschema för handläggande av dessa patienter där information finns om när CRP ska tas. Schemat ska baseras på Regnbågsbroschyren och läkemedelverkets riktlinjer

Utifrån det gå igenom detta med all personal. Ta ut statistik vid ”halvtid” för att se hur vi ligger till och vad vi behöver justera.

b.

b Genom förbättrat flöde kan patienterna få mer adekvat omhändertagande och möjligen även inte i onödan åka till urolog eller akuten. Vi ska efterforska om något lämpligt patientinformation finns om CRP som vi kan ge till patienterna eller ha i väntrummet alternativt en affisch.

Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta 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)	Data får vi från databasen Intelligen ce som är kopplad till Take Care och journalgenomgångar	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter där CRP är taget vid urinvägsinfektion	43%	April 2022	Mindre än 5% vid normal temperatur	

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	Ronna vårdcentral
Verksamhetschef	Per Mjörnheim
Aktnummer (ifylles av HSF)	

	<i>n utan feber</i>			r dvs under 38,0 grader
Indikator 2	Andel diagnoser som anger nivå vid urinvägsinfektion	60%	April 2022	Mer än 95%
Kommentar (valfritt): Utöver att se på faktorer ovan kommer även antalet urinodlingar, recidiv fall noteras samt redovisa skälen till remiss till urolog/akuten.				
Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer. Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, 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 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.				
Döp denna fil till: Enhet tema år del 1 t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se				

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Utifrån kartläggning av hur urinvägsinfektioner har behandlats på mottagningen så gick vi igenom data i läkargruppen. Det framkom då att många tog CRP utan att feber förelåg (43%) och att andelen diagnoser som inte angav lokalisation var 60%.

På läkarmöte har vi gått igenom riktlinjerna för omhändertagande av patienter med urinvägsinfektion. Vi har poängterat att ta temperaturen och enbart ta CRP på de med feber och att ange korrekt diagnos.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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 som visar mätvärdena över tid)

Indikatornamn	Startläge	Datum/period för startläge	Mål (%) eller	Resultat (%) eller	Källa	Datum/period för
T.ex. Andel	(%)					

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	Ronna vårdcentral
Verksamhetschef	Per Mjörnheim
Aktnummer (ifylles av HSF)	

	diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	eller antal)	antal)	antal)	antal)	resultat-värdet	
Indikator 1	Andel patienter där CRP är taget vid urinvägsinfektion utan feber	43%	April 2022	Mindre än 5% vid normal temperatur dvs under 38,0 grader	30%	Data ur databasen Intelligence	Augusti
Indikator 2	Andel diagnoser som anger nivå vid urinvägsinfektion	60%	April 2022	Mer än 95%	70%	Data ur databasen Intelligence	Augusti

Övriga kommentarer:

Vi valde att göra uttag i augusti då vi bedömde att fler patienter har besvär med urinvägsinfektioner då än senare under året.

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 era patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. 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.

1. Även om en förbättring har skett gällande CRP användning och diagnossättning så finns fortfarande en relativt stor förbättringspotential kvar. Många gånger är det patienterna som önskar ta prov då man har svårt att lita på läkarens kliniska blick och har en övertro på provtagning. Totala antalet patienter denna tid var 37 varför för stora slutsatser inte kan dras. Inga diagnoser avseende tubuli-interstitiell nefrit sattes under denna tid.

2. Vid läkarbesöket förs en dialog med patienten om behovet av att ta CRP och vilka att diagnoskriterier som gäller för urinvägsinfektion. Att urinen luktar illa eller ser ”mörk” ut är inte tecken på urinvägsinfektion.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Ronna vårdcentral

Verksamhetschef Per Mjörnheim

Aktnummer (ifylles av HSF)

3.

Då vi inte nått målet kommer vi gå igenom riktlinjerna igen för att minska användningen av CRP och nivåbestämma urinvägsinfektionen.

Då urinvägs infektioner är vanligare i augusti än nov-dec valde vi att ta u data från Augusti månad även om det från början var tänkt att göra i november-december.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se