

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Psykisk ohälsa*

| Information om husläkarmottagningen | |
|--|--|
| Mottagningens namn Älvsjö vårdcentral | |
| Verksamhetschef Emily Häller | Verksamhetschefens e-post emily.haller@regionstockholm.se |
| <h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p> | |

DEL 1 – Planen

| Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress: |
|--|
| Namn: Fredrik Hedström |
| Profession: psykolog |
| E-post: fredrik.v.hedstrom@regionstockholm.se |
| <h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p> |
| A: Fredrik Löfdahl, specialist i allmänmedicin och övriga medlemmar i psykosociala teamet; sjuksköterska, kurator och psykolog |

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

B: Lämna ut enkäter till patienter som kommer till psykolog för ångestsyndrom
Förslag på frågor som kan vara relevanta utifrån målsättning 1:

1. Har din behandlare/läkare diskuterat möjligheten till KBT-behandling med dig för ditt ångestsyndrom?
2. Om ja, har du valt att ta emot KBT-behandling som en del av din behandlingsplan för ångestsyndrom?
3. Om nej, vad var huvudanledningen till att du inte valde KBT-behandling?

Hur användbart har du funnit den behandlingen du erhöll för att hantera ditt ångestsyndrom? (Välj: Ej användbart, Lite användbart, Måttligt användbart, Mycket användbart)
4. Hur användbart har du funnit KBT-behandlingen för att hantera ditt ångestsyndrom? (Välj: Ej användbart, Lite användbart, Måttligt användbart, Mycket användbart)
5. Har du några förslag på hur vi kan förbättra tillgängligheten eller erbjudandet av KBT-behandling för ångestsyndrom?

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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Älvsjö VC presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet (PVQ) när det gäller andelen patienter med ångestsyndrom som behandlas av det psykosociala teamet, som undersöks somatiskt och som behandlas med KBT.

Finns redan riktlinjer från Socialstyrelsen som anger att KBT är förstahandsval som psykologisk behandling vid ångestsyndrom. Finns också riktlinjer som anger att ny debut av ångestsyndrom ska utesluta somatisk sjukdom innan behandlingsinsatser.

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.

Utredning och behandling av patienter med ny debut av ångestsyndrom

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Andel ångestsyndrompatienter med föregående somatisk undersökning och behandling med KBT i paritet med genomsnittet i Stockholm

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-forbattningstrappa/>

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: oklara rutiner vid KVÅ-kodning och diagnoskodning
2: oklar vårdprocess för patienter med ångestsyndrom

Uppdatera rutiner för KVÅ och diagnos

Utarbeta tydlig vårdprocess

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-forbattningstrappa/>

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 snabbspirometrieringar 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>Andel patienter med ångestsyndrom som undersökts somatiskt</i> | 18,4 % | 240213 | 30,8 % | PVQ | 241231 |
| Indikator 2 | <i>Andel patienter med ångestsyndrom som behandlas med KBT</i> | 18,7 % | 240213 | 34,4 % | PVQ | 241231 |

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-forbattningstrappa/>

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 blev 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?

1. Genomlysning av statistik i Medrave:

- Samla in relevant statistik från Medrave för de senaste två åren.
- Analysera hur ångestsyndromdiagnoser ställs inom teamet och jämför förekomsten av olika ångestsyndrom ställt av respektive behandlare.
- Sammanställ användningen av KVÅ-kod för KBT och jämför med andra KVÅ-koder som används av behandlarna.

2. Formulering av målsättningar:

Förslag på mål 1 (Ansvarig: Fredrik H):

”Att patienter med nydiagnostiserat ångestsyndrom får KBT i motsvarande omfattning som genomsnittet i region Stockholm”

Kan innebära följande förändringar:

- Säkerställ korrekt KVÅ-kodning när patienter faktiskt erhåller KBT-behandling.
- Öka andelen patienter som erbjuds KBT som behandlingsalternativ för ångestsyndrom.
- Öka andelen patienter som faktiskt erhåller KBT-behandling.

Mål 2 (Ansvarig: Fredrik L med stöd från Fredrik H):
Förslag på mål 2:

”Att patienter med nydiagnostiserad ångest får somatisk undersökning i motsvarande omfattning som genomsnittet i region Stockholm”

- Ta ställning till målsättning 2 och vidare åtgärder

3. Uppnå samstämmighet och reflektion inom teamet:

- Fredrik H ansvarar för att leda diskussioner för att säkerställa att målsättningarna förstås och accepteras av alla medlemmar inom teamet.

- Behandlarna uppmanas att reflektera över sin egen praxis i förhållande till målsättningen och identifiera eventuella förbättringsområden eller hinder för att uppnå av mål.

4. Följ upp genom statistik i Medrave kontinuerligt: nästa uppföljning 16/4. Jämför med baslinje (240213).

5. Utvärdera och implementera ytterligare åtgärder

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. ”Boo VC diabetes 2024 del 1” utan att klippa bort del 2 och skicka in som en bilaga (ej länk) i WORDFORMAT namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@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 bifogas

Syftet med vårt förbättringsarbete är att säkerställa att patienter på Älvsjö vårdcentral får adekvat och evidensbaserad psykologisk behandling för nytillkommet ångestsyndrom och säkerställa att patienter med underliggande somatisk sjukdom och/eller somatisk samsjuklighet fångas upp och får adekvat medicinsk handläggning.

Vi landade i följande alternativa målsättningar:

1.a Att patienter med nydiagnostiserat ångestsyndrom får KBT i motsvarande omfattning som genomsnittet i region Stockholm

1.b Alternativt motivera varför denna förändring inte är eftersträvansvärd på Älvsjö vc

2.a Att patienter med nydiagnostiserad ångest får somatisk undersökning i motsvarande omfattning som genomsnittet i region Stockholm

2.b Alternativt motivera varför denna förändring inte är eftersträvansvärd på Älvsjö vc

Vi har utifrån målsättningarna fokuserat på att undersöka möjliga orsaker till att patienter med nytillkommet ångestsyndrom på Älvsjö vårdcentral enligt Medrave mer sällan än övriga vårdcentraler i Stockholm erhåller KBT samt varför patienter med ångestdiagnos på vårdcentralen enligt samma källa mer sällan har fått en somatisk undersökning i samband med nytillkommen ångest.

2. Test i liten skala

1) Vi har genom gemensamt beslut i psykosociala teamet ökat fokus på följande punkter och utvärderat om det påverkat undersökt indikator:

- **Utvärdering av arbetssättet med KVÅ-koden DU011:** Behandlarna har i team diskuterat dokumentationsrutiner och genomlyst samtliga behandlares statistik gällande KVÅ-koder och ångestsyndrom.
- **Diskussioner om behandlingsmetoder:** Vi har haft gemensamma diskussioner om de behandlingsmetoder vi erbjuder patienter med ångestsyndrom och jämfört dessa med aktuella riktlinjer från Socialstyrelsen samt relevant forskning.
- **Diskussioner om vårdprocess** gällande somatisk undersökning
- **Avstämningar med ett visst intervall för att följa om vårt ändrade fokus påverkar statistiken**

3. Införande av arbetssätt

Efter att ha testat/utvärderat dessa idéer i liten skala, har vi implementerat följande arbetssätt:

- Standardisering av användandet av KVÅ-koden DU011: Uppnått samsyn i psykosociala teamet om när KVÅ-koden Du011 bör användas för att säkerställa att denna kod används konsekvent varje gång KBT tillämpas.
- Matchning av patienter till rätt behandlare: Vi har ett etablerat system för att använda väntelistor och teamarbete för att säkerställa att patienter med specifika ångestsyndrom kopplas till behandlare med relevant KBT-kompetens för respektive ångestsyndrom eller annan behandling (så som PDT eller IPT) när det är motiverat. Detta innebär att vi noggrant överväger vilken behandling som är bäst lämpad för varje patient och matchar dem med en behandlare med den rätta kompetensen. Val av metod sker i samförstånd med patienterna.

Vi har dels i det psykosociala teamet (inkluderande läkare), dels i läkargruppen på veckomöten, specifikt lyft frågan om vilka patienter aktuella för behandling av psykolog/kurator som bör undersökas somatiskt och valt att fokusera på följande punkter:

- Att, i de fall patienter bokas för första kontakt med läkare pga ångest, alltid uppmärksamma upplevd somatisk hälsa och genomföra basal provtagning samt i

förkommande fall komplettera med riktad somatisk status och kompletterande prover.

- Att vara frikostig med att genomföra riktade ronder kring sina egna patienter som är aktuella inom psykosociala teamet (det finns avsatt tid för detta och rondning av specifik patient kan initieras av såväl läkare som behandlare inom psykosociala teamet).
- Att läkare utifrån resultaten av den provtagning som ofta (enligt tidigare rutin för depression) beställs av behandlare inom psykosociala teamet i samband med diagnossättning bedöma eventuellt behov av bokning för kompletterande status.
- Att inom ramen för den gemensamma rondan (som genomförs veckovis med läkarresurs på plats) ta upp alla patienter där det kan finnas kvarstående misstanke om somatisk ohälsa (t.ex vid symtom som inte passar in i ångestdiagnosen eller vid behandlingssvikt) så att dessa kan få adekvat handläggning.

4. Diskussion

Vid en första anblick på indikator 2 (KBT vid ångestsyndrom) har vi endast sett en blygsam ökning av andel patienter med nytillkommet ångestsyndrom som enligt Medrave får KBT som behandling (18,7% till 20%). Samtidigt fortsätter Älvsjö vårdcentral att ligga lägre på denna indikator jämfört med Stockholm i snitt. Det finns flera faktorer som kan förklara detta: Teamets breda kompetens, där alla behandlare har KBT-kompetens och flera även kompetens att genomföra andra behandlingsmetoder, gör att vi erbjuder ett brett spektrum av behandlingar. Detta är i grunden positivt, eftersom det ger patienter större möjlighet att vara delaktiga i valet av behandling utifrån sina individuella behov, samtidigt som vi håller oss till evidensbaserade metoder. Det kan eventuellt även bidra till att statistiken är lägre än snittet.

En annan viktig faktor som sannolikt påverkar indikator 1 hittar vi i indikator 3: ”Andel patienter med ny diagnos ångest som fått psykologisk behandling med KBT” där man ser att Älvsjö vårdcentral ligger betydligt över snittet i Stockholm (Älvsjö 47,3% Stockholm 33,8, 24-12-31). Detta kan innebära att det finns en tendens att oftare använda sig av ospecificerad ångest och kanske mer troligt en konsekvens av beskrivna åtgärder som lett till att behandlarna blivit mer konsekventa att använda KVÅ-kod DU011. Intressant nog har vi sett en påtaglig ökning av denna indikator under det senaste året (från 33,9% 24-01-31). Vilket styrker att det har med kvalitetsarbetet att göra. Värt att notera att nästan hälften av patienterna på vårdcentralen med ångest genomgår behandling med KBT.

I en primärvårdskontext där många kontakter är kortare och lindriga symtom vanligt förekommande är det sannolikt inte fel att ångestsyndrom eller gränsnära tillstånd ofta landar i ospecificerad ångest med skraddarsydd KBT som behandling. Många gånger handlar det om att symtomen inte är tillräckligt specifika för att klassificeras som ett ångestsyndrom, men fortfarande kräver behandling. Således inte helt självklart att detta bör vara på annat vis. Ångest ospecificerad är den överlägset vanligast ställda psykiska diagnosen på Älvsjö vårdcentral senaste året (245 patienter 2024-02-15 – 2025-01-15) vilket kan jämföras med GAD som är det ångestsyndrom som är vanligast på vårdcentralen under samma period (45 patienter). Detta visar att även patienter utan en specifik ångestdiagnos till stor del omfattas

av behandling med KBT, vilket reflekterar att vi använder evidensbaserad behandling för ett brett spektrum av patienter. Med tanke på att även andra behandlingsmetoder används kan man tydligt dra slutsatsen att en stor andel patienter med ångest genomgår psykologisk behandling på Älvsjö vårdcentral.

Våra åtgärder har medfört en viss ökning av patienter med ångestsyndrom som uppfyller indikatorn "undersökts somatisk" från 18,4 % till 21% vilket fortfarande ligger tydliga under snittet för Stockholm (31%). Vår analys är att detta har flera förklaringar av vilka några bedöms som önskvärda.

På Älvsjö Vårdcentral har vi ett stort och välfungerande psykosocialt team ditt patienter ofta söker sig direkt (eller blir hänvisade) utan första läkarkontakt vilket innebär att dessa patienter inte automatiskt får en somatisk undersökning. På andra enheter med mindre psykosocialt team kan detta se annorlunda ut och där kan läkarbesöket vara den första naturliga ingången även vid tydlig psykisk ohälsa varför somatiska undersökningar på dessa patienter blir mera frekvent.

När man tittar närmare på indikatorn finns det några saker som är värda att fundera över:

Snittet för somatisk undersökning vid depressionstillstånd ligger på runt 20% i såväl Stockholm som Älvsjö vårdcentral under det att det stiger till 30% vid ångeststillstånd i regionen (men ligger kvar på samma nivå 20% på Älvsjö Vårdcentral). Här är det snarare så att siffran för Stockholm sticker ut då det är svårt att förstå varför ångestpatienter skulle vara i större behov av somatisk undersökning än depressionspatienter.

Indikatorn för huruvida somatisk hälsa undersökts innebär att båda villkoren att Hb är kontrollerat samt att hjärtauskultation har dokumenterats korrekt i Take Care måste vara uppfyllda. Om man bryter ut provtagning ser man att hela 37% av patienterna med ångestdiagnos fått labscreening med provtagning inom 3 månader före och efter diagnosättning. Att inte hjärtat auskulteras i lika hög utsträckning kan även bero på ett arbetssätt hos oss som inneburit ökat antal digitala kontakter där risken för hjärtsjukdom bedömts som låg utan somatisk undersökning och även i dessa fall har patienterna fått en läkarbedömning

Slutligen är det så att indikatorn beaktar 18 månaderna bakåt i tiden och tar inte hänsyn till de senaste tre månaderna vilket innebär en ansenlig eftersläpning och således kan ytterligare förbättring av siffran förväntas med tiden.

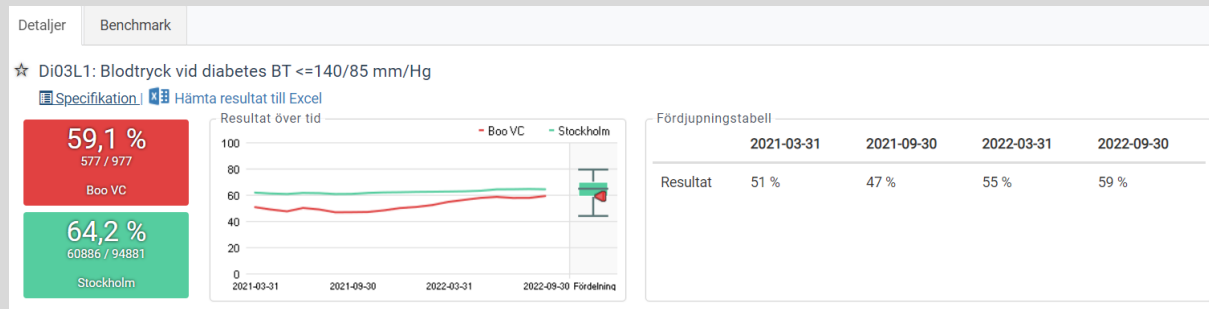
Sammantaget är vi en stor vårdcentral med ett välfungerande psykosocialt team där ett stort antal patienter behandlas i utan föregående läkarkontakt och där det finns ett nära samarbete med läkargruppen samt väl utvecklade rutiner, inkluderande ronder på flera nivåer och provtagningar, för att upptäcka somatisk ohälsa hos patienter med såväl ångest som depression.

Sammanfattningsvis:

Vi bedömer att modellen på Älvsjö Vårdcentral där en stor andel patienter kommer direkt till psykosociala teamet utan föregående läkarbesök innebär en effektiv resursfördelning och att ärendena i mycket hög utsträckning hamnar på rätt vårdnivå. Att våra rutiner med ronder (både med läkare närvarande på psykosociala teamets ronder och specifika ronder med ansvarig läkare avseende enskilda patienter) och provtagning innebär att vi adekvat fångar somatisk sjukdom och/eller somatisk samsjuklighet hos patienter som behandlas inom psykosociala teamet. Att ovanstående åtgärder medför god och effektiv vård där vi undviker de undanträngningseffekter som rutinmässiga läkarbesök för alla patienter med misstänkt ångest sannolikt skulle medföra.

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. Medrave) | Datum/period för resultatvärdet |
|---|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Indikator 1 | <i>Andel patienter med ångestsyndrom som undersökts somatiskt</i> | 18,4 % | 240213 | 30,8 % | 21% | PVQ | 2024-12-31 |
| Indikator 2 | <i>Andel patienter med ångestsyndrom som behandlas med KBT</i> | 18,7 % | 240213 | 34,4 % | 20% | PVQ | 2024-12-31 |
| Indikator 3 (endast med i del 2). | <i>Andel patienter med ny diagnos ångest som fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i> | 33,9 | 240213 | | 47,3% | PVQ | 2024-12-31 |
| Indikator 4 | | | | | | | T.ex. dec 2024 |
| Indikator 5 | | | | | | | T.ex. dec 2024 |

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

- Användningen av KVÅ-koden DU011 har blivit mer konsekvent, vilket gör att vi får en bättre översikt och rapportering av användningen av KBT.
- Teamet vilar stadigare på beslut om att erbjuda ett brett utbud av behandlingar som sannolikt återspeglas i Medrave-statistiken

- Nästan hälften av patienterna på vårdcentralen med nyttillkommen ångest genomgår behandling med KBT och ytterligare andel patienter genomgår annan behandling så som PDT.
- Att relativt få av patienterna på psykosocial teamet har känd somatisk sjukdom eller medicinsk behandling med regelbunden uppföljning och att det medför att dessa patienter inte har automatisk regelbunden läkarkontakt och således måste uppmärksammas i ronder och provtagning.
- Att trots att indikatorn för somatisk underökning av patienter med ångestsyndrom även efter åtgärder ligger lågt (21%) så är det en betydande del av patienterna (37%) som screenas med en provtagning som bedöms av läkare vilket innebär att avvikelser vad gäller t.ex blodvärde eller sköldkörtelfunktion kommer att upptäckas.

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?

Under bedömningssamtalet blir patienterna i och med bedömning informerade om vilken/vilka behandlingar som är rekommenderade utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Patienten egna önskemål och tidigare erfarenheter beaktas. Här kan patientens erfarenhet spela in till exempel på så vis att om en viss metod redan har utprovats kanske en annan bör provas denna behandlingsomgång. Behandlingsmetod fastställs i samråd mellan patient och behandlare och i mer komplexa fall kan det vara föremål för diskussion i team. Hur behandlingen faller ut bedöms kontinuerligt genom klinisk bedömning och diverse relevanta skattningsskalor.

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 fortsätter erbjuda KBT och andra lämpliga behandlingsmetoder för patienter med ångestsyndrom och närliggande ångesttillstånd. Vi vilar i beslut om att erbjuda även andra behandlingsmetoder än KBT och ser det om en möjlighet för patienterna att vara mer delaktiga i sin egen vård genom att alternativ finns. Fortsätter att kontinuerligt använda DU011 när KBT faktiskt används. Lyfter ärenden i team och matchar patienter efter specifik kompetens vid behov.
- Att i samband med sättande av specifik ångestdiagnos genomför rutinmässig provtagning på patienter enligt samma modell som redan implementerats vid diagnos på depression (beställs av psykosociala teamet och bedöms av den läkare som patienten är listad på alternativt läkare knuten till det psykosociala teamet).
- Att fortsätta med läkarnärvaro på psykosociala teamets ronder och i dessa ronder specifik ta upp eventuella misstankar om underliggande somatisk ohälsa på de patienter som i samtalskontakt behandlas för ångest

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA**
namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan
forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.