

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete

### Djursholmsdoktorn–Depression 2024 Del 1 + 2

#### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn  
Djursholmsdoktorn

Verksamhetschef  
Valeria Åhgren

Verksamhetschefens e-post  
info@djursholmsdoktorn.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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2024**, **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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2025** **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

**Radera EJ text i grå fält.**

### DEL 1 – Planen

#### Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Valeria Åhgren  
Profession: Allmänläkare  
E-post: info@djursholmsdoktorn.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 med namn och deras professioner

A: Sofia Lindholm, Leg. Sjuksköterska  
Petra van Doorn, Distriktssköterska  
Maria Daitey Distriktssköterska

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

B: Genom att placera ut en ”synpunktslåda” i väntrummet kan patienternas synpunkter och erfarenheter involveras anonymt. Kommunikationen med patienterna kan även ske via mailkontakt, dock brukar inte den kommunikationsvägen ske anonymt.

### 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”

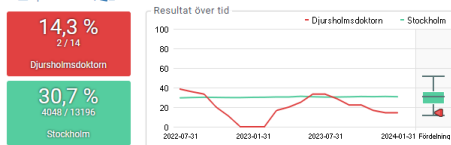
Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

### Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

★ Dep05: Andel patienter med depression som har varit på återbesök 6-12 månader efter insättning av antidepressiv läkemedelsbehandling

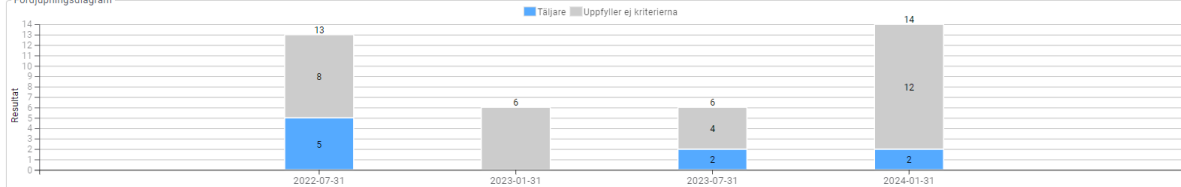
Specifikation | Hämta resultat till Excel



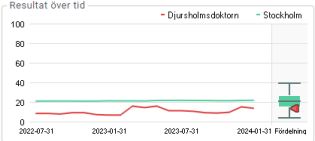
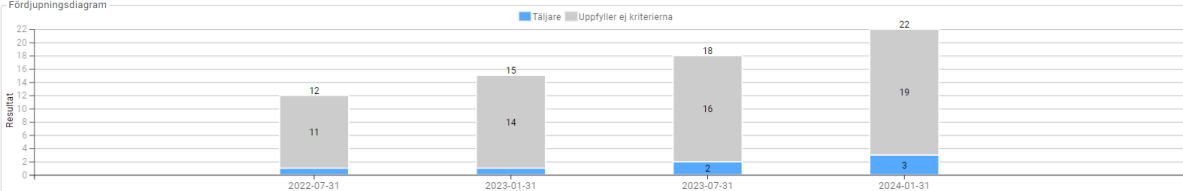
Fördjupningstabell

	2022-07-31	2023-01-31	2023-07-31	2024-01-31
Resultat	38 %	0 %	33 %	14 %

Fördjupningsdiagram



Vad mottagningen vill åstadkomma: I Medrave framkommer det att uppföljningen av mottagningens patienter med diagnosen depression efter insättning av SSRI-medicinering är 14,3% vilket är lågt jämfört med stockholmsregionen. Mottagningens mål är att följa upp patienterna efter diagnos och insättning av SSRI -medicinering. För att upptäcka och motverka den psykiska ohälsan anser mottagningen att det är av vikt att fokusera på nya idéer kring uppföljningsmomentet.

<p>★ Dep02: Andel patienter med nydiagnostiserad depression som blivit somatiskt undersökta</p> <p>Specifikation   Hämta resultat till Excel</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p><b>13,6 %</b> 3 / 22 Djursholmsdöktorn</p> <p><b>21,7 %</b> 6377 / 29382 Stockholm</p> </div> <div style="width: 40%;"> <p>Resultat över tid</p>  </div> <div style="width: 30%;"> <p>Fördjupningstabell</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2022-07-31</th> <th>2023-01-31</th> <th>2023-07-31</th> <th>2024-01-31</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resultat</td> <td>8,3 %</td> <td>6,7 %</td> <td>11 %</td> <td>14 %</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <p>Fördjupningsdiagram</p> 			2022-07-31	2023-01-31	2023-07-31	2024-01-31	Resultat	8,3 %	6,7 %	11 %	14 %
	2022-07-31	2023-01-31	2023-07-31	2024-01-31							
Resultat	8,3 %	6,7 %	11 %	14 %							
<p>Mål 2 som mottagningen valt att förbättra är ”andel patienter med nydiagnostiserad depression som blivit somatiskt undersökta”, där vår mottagning ligger på 13,6% jämfört med stockholmsregionen som ligger på 21,7%. Målet är att bli bättre på att journalföra med korrekta sökord.</p>											
<p><b>Val av tema för förbättringsarbetet:</b></p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>											
<p>Mottagningen har valt övergripande temat depression för att vidare fördjupa sig i processen kring uppföljning med avseende på behandling med läkemedel samt somatiska undersökningar.</p>											
<p><b>Mål (Vad vill ni uppnå?)</b></p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?  Länk till ”Målformulering”: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a>  <b>Formulera här era mål:</b></p>											
<p>Mottagningen jobbar efter Socialstyrelsens yttersta mål som är att bidra till att människor i Sverige ska ha tillgång till god vård och omsorg på lika villkor, oavsett vem man är.</p> <p>Mottagningens mål med förbättringsarbetet är att skapa nya rutiner och strukturer kring uppföljning av patienter med diagnosen depression.</p> <p>Mottagningens har valt att sätta målet 31% på indikator 1 efter regionens andel 2024-01-31 som låg på 30,7%. På indikator 2 har vi som mål att nå en höjning med 5-6 %.</p>											
<p><b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b></p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p>	<p><b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b></p> <p>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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</a></p>										
<p>1: Bristfällig struktur kring bokningar av återbesök för patienter med depression.</p>	<p>1.1: Mötesforum där strukturen planeras och skapas.  1.2: Tillämpning av strukturen i praktiken.  1.3: Uppföljningsmöten månadsvis.</p>										

2: Journalföring där frånvaro av korrekt sökord minskar andelen inom indikator 2.	2.1: Jobba efter ny struktur vid journalföring för att patientens "undersökning" ska inkluderas i statistiken i Medrave. 2.2: Tillämpning av strukturen i praktiken. 2.3: Uppföljningsmöten månadsvis.
3: Allmän satsning från regionen på psykisk ohälsa som lett till ökat antal satta diagnoser som därmed ökat antal patienter som behöver bokas för uppföljning.	3.1: Öka kompetensen hos personalen för adekvat behandling. 3.2: Uppföljningsmöten månadsvis.

### 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 snabbspirometri 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med diagnosen depression som varit på återbesök efter insättning av antidepressiv läkemedelsbehandling</i>	14,3%	2024-01-31	31%	Medrave	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med nydiagnostiserad depression som blivit somatiskt undersökta</i>	13,6%	2024-01-31	20%	Medrave	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>						<i>T.ex. dec 2024</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 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 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?

*Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.*

Planera – Planen var att börja med granskning av journaler och även hitta de patienter som varit på läkarbesök och se om de fått tid för uppföljning, detta sker månadsvis och utförs av samtlig personal. Innehållet samlas ihop och diskuteras inom teamet.

Göra – Det granskande arbetet sker fortlöpande, och har ibland varit svårt att få till regelbundet enligt den ordinarie planen. Det positiva med förbättringsarbetet är den ökade medvetenheten samt att patienterna faktiskt får sina återbesök utförda.

Studera – Arbetet har och fungerar relativt bra, trots att mottagningen har ett ganska lågt antal patienter med depressionsproblematik. Mottagningen fortsätter att arbeta mot de önskade målen.

Agera – Tiden att granska journalerna till arbetet är svår att få ihop R/T tidsbrist. Eventuellt bör nya förslag till idéer tas fram som effektiviserar arbetsprocessen.

**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](mailto: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

Mottagningen påbörjade kvalitetsarbetet genom att följa PGSA-hjulet. Ett informationsmöte skedde under våren där samtlig personal involverades i arbetsprocessens metod.

Metoden för att uppnå det förväntade målet i indikator 1 har varit att erbjuda patienten återbesökstid för uppföljning redan vid det initiala läkarbesöket. Metoden för att nå det förväntade målet i indikator 2 har varit att granska journaler under våren för att finna de patienter med de aktuella diagnoserna som vi sedan kunde följa. Som exempel klistras verktyget in för indikator 2.

# Dokumentation av PGSA-cykel

Ämne: Depression-somatiskt undersökta

PGSA-cykel nummer: Indikator 2



**Förändring som ska testas:** Antal somatiskt undersökta

**Mål med den här cykeln:** Öka antalet

### Planera

Lista vad som ska göras för att genomföra testet.	Vem ska göra det?	När ska det göras?	Var ska det göras?
Datainsamling Granskning Utvärdering	SSK/DSK/Läkare	Månadsvis	Medrave
Planera för datainsamling: Vad ska du mäta? Hur ska du mäta?	Vem ska göra det?	När ska det göras?	Var ska det göras?
Antal undersökningar, genom journalgranskning	SSK/DSK/Läkare	Månadsvis	Journaler

När ska du studera och agera på testet?

Senaste dec -24

## Göra

Samla in data. Dokumentera eventuella problem och observationer som ni gör under testet.

Samlas in: sätta diagnoser

## Studera

Sammanfatta resultaten och lärdomarna från mätningarna.  
Hur ser de ut i jämförelse med er hypotes? Vad har ni lärt av testet?

Lärt oss att avsätta mer tid till förbättringsarbetet

## Agera

Hur ska ni agera på vad ni har lärt er? Testa igen, förändra, överge, skala upp eller standardisera? Om ni ska testa igen, vilka förändringar ska göras i testet?

I god tid avsätta tid i kalendern

Källa: Mallen är en omarbetad version av en mall i The Improvement Guide 2nd Ed. av Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP (sida 447, Jossey-Bass, San Francisco, 2009)

## Resultat

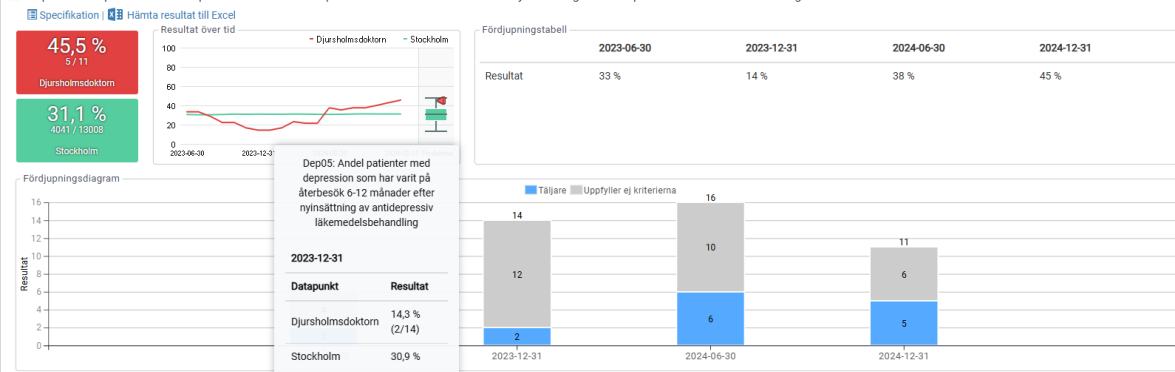
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med diagnosen depression som varit på återbesök efter insättning av antidepressiv läkemedelsbehandling</i>	14,3%	2024-01-31	31%	45%	Medrave	2024-12-31

<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med nydiagnostiserad depression som blivit somatiskt undersökta</i>	13,6%	2024-01-31	20%	10%	Medrave	2024-12-31
--------------------	--	-------	------------	-----	-----	---------	------------

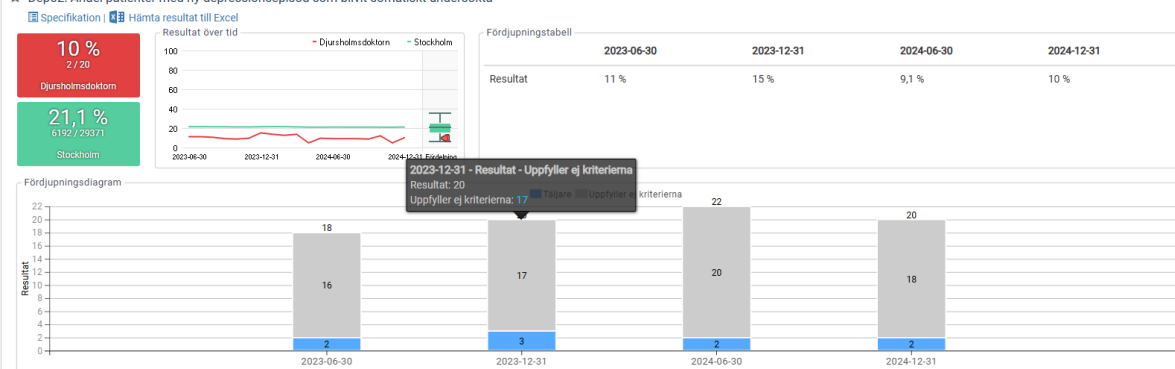
### Övriga kommentarer:

☆ Dep05: Andel patienter med depression som har varit på återbesök 6-12 månader efter rynsättning av antidepressiv läkemedelsbehandling



Detaljer | Benchmark

☆ Dep02: Andel patienter med ny depressionsepisod som blivit somatiskt undersökta



Indikator 1 har ökat från 14,3% till 45,5% vilket var ett mål som mottagningen satt upp.

Mottagningens mål med *nydiagnostiserad depression som blivit somatiskt undersökta* i indikator 2 har ej uppfyllts, utan har minskat med 3,6%.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att fördjupa sig inom denna patientgrupp har för mottagningen varit av stor vikt och ökat förståelsen för diagnosens helhet. Vi har sett att denna patientgrupp emellanåt kan vara svår att nå ut till då de generellt kan ha en låg compliance.

I och med detta förbättringsarbete har mottagningen lagt fokus på framför allt att följa upp de patienter med nydiagnostiserad depression, vilket kan utläsas av indikator 1. Dock med tanke på tidsintervallet på 6–12 månader har dessa besök inte alltid blivit av på grund av olika anledningar, exempelvis uteblivna besök och omlistningar.

Med tanke på att patienter i indikator 2 som har blivit somatiskt undersökta vid läkarbesök, inte sammanfaller med statistiken behöver vi fördjupa oss i Medraves system. Diskussion i personalgruppen kring detta uppstod -Vad är det som gör att vissa journaler blir godkända i Medraves statistik, när de journalförts på liknande sätt som de som ej blivit godkända? Vi förstår att



Medrave delvis plockar information från labb-listor och kan det vara så att Medrave missar inskannade journaler för ex. de nylistade patienterna?

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?

Patienterna har bidragit till kvalitetsarbetet genom synpunkter och feedback via anonyma meddelande i en förslagslåda samt via distanskontakt genom mail. Det har även fåtts in generell feedback under de ordinarie besöken som patienterna varit bokade på. Den respons som kommit in har tagits tillvara och på hanterats under de tillfällen som förbättringsarbetet pågick under året. Patienterna uppskattar att de fått en bokad uppföljningstid, även om den tiden inte i alltid blivit nyttjad.

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.

Framöver är planen att fortsätta arbeta enligt den metod som lett till förbättrat resultat i indikator 1. Angående det sjunkande värdet i indikator 2 behövs ytterligare fokus läggas för att få in korrekt resultat i Medrave.

**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](mailto: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.