

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Kloka Boo – kloka kliniska val för minskad överdiagnostik och mer effektiva patientflöden.*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Boo Vårdcentral

Verksamhetschef
Maria Ahlmark (avgående), Pontus Almer Boström
(tf)

Verksamhetschefens e-post:
maria.ahlmark@regionstockholm.se /
pontus.almer-
bostrom@regionstockholm.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 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.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

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

Namn: Pontus Almer Boström

Profession: Distriktsläkare

E-post: pontus.almer-bostrom@regionstockholm.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: Sarah Engman (ST-läk), Sandra Eklund (Distriktssköterska), Dilan Tuominen (Sjuksköterska), Amanda Rippe (ST-läkare) och Linnéa Lindgren (ST-läkare)

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

B: Vi kommer att informellt höra med patienter om delar av arbetet – se nedan

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?

Nyligen har alltmer uppmärksamhet riktats mot problemen med så kallad *lågvärdevård* – dvs åtgärder som innebär begränsad patientnytta. Framför allt *överdiagnostik* och *överbehandling* har uppmärksammats och Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) påbörjat ett systematiskt arbete för minskad lågvärdevård.

Överbehandling och överdiagnostik leder inte bara till höga kostnader utan kostar också mycket **tid** för behandlare som hade kunnat användas för mer värdeskapande åtgärder. Onödiga utredningar kostar mycket tid och försämrar arbetsmiljön.

Men kanske viktigast så innebär överdiagnostik och överbehandling att väntetider ökar vilket tränger undan patienter med större behov. Vidare så ger överdiagnostik ett problematiskt sjukliggörande av personer som annars skulle ses som friska.

Vi har därför i våra professionsgrupper, under parollen "Kloka Boo", valt ut följande områden där vi ämnar förbättra våra arbetssätt och minska överdiagnostik/överbehandling

1. Minskad användning av analysen f-hemoglobin när indikation saknas
2. Minskad användning av röntgen av knän där indikation saknas
3. Minskad användning av spirometri som inte tillför värde för patienten

4. Direkt handläggning av hud-ärenden av läkare i vår chat (för att undvika onödiga bokningar och besök)
5. Minskat antal årskontroller hos distriktssköterska där det inte tillför tydligt värde

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.

Kloka Boo – Kloka kliniska val på Boo Vårdcentral



Den kloka och snälla Tapiren symboliserar Boos förbättringsarbete 2024

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

1. **Minskad provtagning av f-hb där indikation saknas. Detta innebär färre onödiga utredningar med Koloskopi vilket ger stort mervärde för patienter som slipper laxering och smärtsam/omständlig undersökning. I förlängningen kan köer för koloskopi minska vilket är viktigt för de patienter som har behov av skyndsam undersökning.**
2. **Minskad användning av röntgen av knän där indikation saknas. Innebär att tid frigörs för mer värdeskapande patientarbete. Innebär också att mer fokus kan läggas på fysioterapi och andra åtgärder kring knäbesvär.**
3. **Vi vill minska på användandet av spirometri och istället i högre utsträckning använda PEF-mätningar och minispirometri-undersökningar. Detta ger stor nytta för patienten. Dels så blir väntetiderna till spirometri kortare för patienter som behöver undersökningen, dels så innebär PEF-kurvor en ökad**

förståelse för andningsbesvären för den individuella patienten. Minispirometri gör dels att vi kan utesluta KOL snabbt hos vissa patienter, dels att vi kan identifiera fler patienter med KOL som då tidigare får rätt behandlingsinsatser.

- 4. I nuläget söker många patienter till vår chat med hudbesvär. De blir då oftast bokad på läkartid vid ett senare tillfälle vilket kostar tid och pengar för patienten. Vi vill i stället, i högre utsträckning, låta distriktsläkare direkt-handlägga dessa ärenden och undvika onödiga bokningar**
- 5. Vi lägger i nuläget mycket tid på att genomföra "årskontroller" på yngre patienter som endast har hypertoni som diagnos/riskfaktor. Vi vill i högre utsträckning att dessa kontroller minst varannan gång skall kunna göras administrativt (genom att patienten gör hem-mätningar av blodtryck och lämnar blodprover – och därefter får recept utskrivna om värden är bra).**

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: Det omfattande arbetet med införande av vårdförlopp och vårdprogram har inneburit att arbetet för primärvårdsläkaren blivit alltmer inrutat och att de individuella anpassningarna har minskat. I många lägen upplevs att man måste beställa vissa undersökningar "för säkerhets skull" utan egentlig eftertanke om indikation och/eller nytta för patienten. F-Hb är en analys som ofta beställs utan klar indikation.	1.1: Detaljerade samtal och diskussioner inom professionsgrupperna om undersökningarna vi beställer och vad skälen är att de används utöver indikationerna. 1.2: Mätning och kontinuerlig kommunikation av mätresultat för att belysa
2: På Boo Vårdcentral finns en tradition av att sköterskor sköter chatten med endast marginell hjälp av läkargruppen. Leder till att vissa typer av ärenden blir onödigt omständliga för patienterna. Läkargruppen är ovana vid användning av chatten.	2.1: Utbilda läkargruppen i användning av chatten 2.2: Utbilda läkargruppen i vilka typer av ärenden som lämpar sig för sluthandläggning i chatten 2.3: Avsätta 30minuter varje dag för vår Bakjour att ta hand om chatärenden som lämpar sig för sluthantering – fra hudärenden.
3: På Boo Vårdcentral finns tradition (och rutin) av att sjuksköterskor, inom vissa ramar, genomför årskontroller med patienter som har hypertoni. Detta innebär en relativt stor tidsåtgång givet att vi har knappt 3000 hypertoniker listade. För vissa av dessa patienter är det viktigt att varje år komma på fysisk årskontroll, men för en utvald undergrupp av yngre, friskare patienter	3.1: Sätta kriterier för vilka patienter som kan göra årskontroll fysiskt vartannat år och hem-blodtryck med prover endast vartannat. 3.2: Skriva en rutin för hur vi väljer ut patienter för fysisk kontroll vartannat år 3.3: I professionsgrupper noga kommunicera förändringen

tillför den fysiska kontrollen mycket lite värde och skulle kunna göras vartannat år i stället.

3.4. Mäta hur många som gör icke-fysisk årskontroll kontinuerligt och kommunicera till grupperna.

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 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 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 f-hb under en månad utan klar indikation i relation till totala antalet f-hb.</i> <i>Indikation anses finnas vid:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Del i SVF-förlopp/förändrade avföringsvanor (ej när SVF inte är aktuellt) 2. Mikrocytär anemi 3. Anemi med järnbrist 4. Anemi där man kan misstänka multifaktoriell orsak inkluderande järnbrist 5. Eventuell GI-blödning, men där anamnesen ej är tillräckligt tydlig 	22/30 = 73%	Nov 2023	10%	MedRave och journalgenomgång	December 2024

	<p>Indikation anses ej finnas vid tex: anamnestiskt GI-blödning, normo- eller makrocytär anemi med normalt järnstatus och normala retikulocyter.</p> <p>Vid oklara fall görs sambedomning mellan två läkare.</p>					
Indikator 2	<p>Andel patienter med knäledsröntgen gjord utan indikation i relation till totala antalet knäledsröntgen. Detta i urvalet av patienter med någon av följande diagnoser ställda i mätintervallent: Smärta knä, Ledvärk UNS, Primär gonartros, Distortion av knäled samt Annan primär gonartros. Följande anses vara utan indikation:</p> <p>- Känd artros utan trauma och utan att ortopedisk intervention är aktuellt - Ledsmärta helt utan trauma och utan underliggande cancer, benskörhet eller annan komplicerande faktor</p>	5/43 = 12 %	1 Okt-31 Decemb er 2023	5 %	MedR ave och journ algen omgå ng	Decembe r 2024
Indikator 3	<p>I MedRave sökning på ställd diagnos (J45P, J458, J458, J451, J450, J459), Två veckors intervall, yrkesgrupp: läkare. Journalgenomgång av samtliga patienter (Astma_{total}) där ev PEF-mätning identifieras (Astma_{PEF}). Utdata blir andelen som genomgått PEF: Astma_{PEF} / Astma_{total} %</p>	2/19 = 10%	4-08/12	20% st	MedR ave och journ algen omgå ng	Decembe r 2024
Indikator 4	<p>I kalendern för undersköterskor under en månads period notera hur många bokningar som gjorts för COPD6-mätning (FEV1/FEV6)</p>	1/månad (båda mätperioderna samma resultat)	V46-v49 och v44-47	10	Bokni ngska lende rn	Decembe r 2024
Indikator 5	<p>I spirometrikalender identifiera nästa bokningsbara spirometritid (samtliga sköterskor). Avbokningar räknas inte med. Andes i totala antalet dagar.</p>	12 arbetsdagar	Mätdata m 18/1 2024	7 arbets dagar	Bokni ngska lende rn	Decembe r 2024
Indikator 6	<p>Andelen Ärenden_{direkthandlagt} / Ärenden_{totalt} % enligt nedan:</p>	0% (0 av 10)	231201 → 231220	15%	Chat modu len.	Decembe r 2024

	<p><i>Under en månads tid antal chat-ärenden som uppfyller följande (=Ärenden_{läkare}):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bild med hudfråga • Receptönskan • Frågor om provsvar • Fråga om enklare provsvar <p><i>I journal se om ärendet handlagt direkt av läkare (=Ärenden_{direkthandlagt})</i></p>				Journal.	
Indikator 7	<p><i>Andel SSK-årsbesök avseende hypertoni som gjorts "administrativt" jämfört med totala antalet hypertoni-årsbesök.</i></p> <p><i>Mäts över en månads tid: Diagnos Essentiell Hypertoni ställd av SSK eller DSK där andelen som ej gjort fysiskt besök relativt till totala antalet registreras</i></p>	0%	Dec 23	25%	Medräve och journalgenomgång	December 2024

Kommentar (valfritt):

Samtliga indikatorer kommer att mätas kontinuerligt; vissa kvartalsvis, andra månadsvis. Indikatorer kommer att anslås i lunchrum och kommuniceras genom regelbundna MLA-brev, genom att lyftas på professionsmöten och på APT

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

Planering är indelad i respektive område enligt ovan:

MINSKAD PROVTAGNING f-hb DÅR INDIKATION SAKNAS

Börja ta F-Hb på rätt indikation.

1. Identifiera situationer där F-hb tillfört något och där det inte tillfört något - genom Journalgenomgång
2. försök formulera kort vägledning för att optimera användning av F-hb: tex när är det viktigt för diagnostiken, tex när ska man tänka till extra innan man tar provet?
3. Diskutera på läkarmöte/ST-träff Ev skriftlig vägledning att titta på.
4. Stämna av under året hur det går, ev disk diagnostiska fallgropar på läkarmöte/st-träff för att påminna om resonemang bakom F-hb

5. Återkoppla alla mätningar.

MINSKAD ANVÄNDNING AV RÖNTGEN KNÄLED

Sträva mot att ej beställa röntgen där det ej befogat. Fysioterapi samt smärtlindring i första hand. Vi kommer att ha samtal om detta i läkargruppen kontinuerligt under året. Vid varje mätning visas resultat i både lunchrum och på läkarmöten för återkoppling.

ÖKAD ANVÄNDNING AV PEF OCH MINISPIROMETRI

Sträva mot ökad användning av PEF-mätning och kontroll av astma. Även sträva efter ökad screening med COP6D-mätning för att kunna utesluta KOL och undvika onödig spirometri-undersökning. Vi kommer att ha samtal om detta i läkargruppen kontinuerligt under året. Vid varje mätning visas resultat i både lunchrum och på läkarmöten för återkoppling. Eventuell morot ("go-fika") vid goda uppnådda resultat.

ÖKAD DIREKTHANDLÄGGNING AV CHATÄRENDEN

Noga genomgång av chatten och dess funktioner i läkargruppen. Avsätta 30 minuter för bakjour och akutsköterska dagligen att gå genom chatärenden lämpliga för direkthandläggning av läkare. Uppdatera rutin för bakjour och akut-sköterska så att detta ingår. Påminna kontinuerligt och annonsera mätningar för återkoppling.

ÖKAT ANTAL ÅRSBESÖK HYPERTONI HOS SKÖTERSKA SOM GÖRS UTAN FYSISKT BESÖK

Initialt kommer en rutin upprättas inom sköterskegruppen där vi beslutar exakt hur vi går tillväga för att 1. Välja ut rätt patienter för icke-fysiska årskontroller av hypertoni och 2. Genomföra hem-blodtryck och provtagning 3. Dokumentera.

Ta fram en enkel, inplastad lathund att ha vid datorn.

Därefter kontinuerligt påminna i sköterskegruppen. Vi varje mätning återkoppla till gruppen. Eventuell morot ("go-fika") vid goda uppnådda resultat.

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?

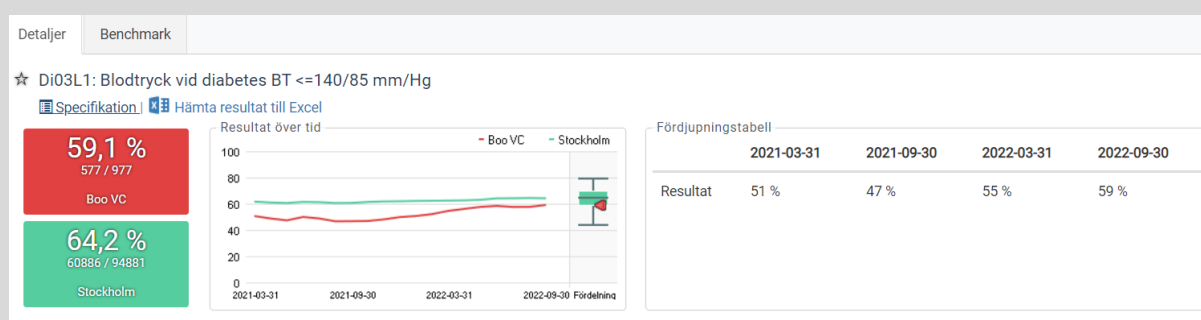
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Under 2024 har vi gjort en ganska stor ansats av vårt förbättringsarbete. Övergripande för alla fem områden har vi:

1. Publicerat en folder med patientinformation om kloka kliniska val som vi uppfattar har givit intryck på många patienter
2. Vi har fortlöpande påmint all personal på APT, läkarmöten och sköterskemöten om alla fem områden.
3. Gällande minskningen av f-hb utan indikation har kontinuerliga mätningar presenterats på möten och satts upp i lunchrum för motivation.
4. Gällande minskning av knäledsröntgen utan indikation har kontinuerliga mätningar presenterats på möten och satts upp i lunchrum för motivation.
5. Gällande ökning av PEF och minispirometrier för att hushålla klokt med spirometriesursen: ansvarig läkare har kontinuerligt påmint på läkarmöten
6. Gällande läkaraktivitet i chatten och direktbedömning av läkare vid chatärenden så har vi infört en ny rutin där ansvarig sköterska dagligen fördelar lämpliga ärenden till vår bakjour som har avsatt tid för bedömning av chatärenden. Detta har fungerat väl.
Vi fick dock ändra vår indikator (och därför också vårt målvärde) då det visade sig svårt att mäta som vi planerat. I stället för att mäta andelen direktbehandlade ärenden för läkare har vi mätt hur många ärenden läkare hanterat relaterat till det totala antalet.
7. Gällande försöket att öka andelen hypertoni-årskontroller som görs administrativt av sköterskor: här insåg vi snabbt att detta är ett betydligt mindre flöde än vi ursprungligen trott. Endast 17 årskontroller av okomplicerad hypertoni utfördes de första tre månaderna av sköterska. Det har därför varit svårt att arbeta med denna parameter (då det till vår förvåning var så sällan förekommande). Vi har dock flera diskussioner i sköterskegruppen om hur vi skulle kunna effektivisera dessa besök.

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	Andel f-hb under en månad utan klar indikation i relation till totala antalet f-hb. Indikation anses finnas vid: <ul style="list-style-type: none"> • Del i SVF-förlopp/förändrade avföringsvanor (ej när SVF inte är aktuellt) 	22/30 = 73%	Nov 2023	10%	7/21 = 33%	MedRave och journalgenomgången	November 2024

	<ul style="list-style-type: none"> • Mikrocytär anemi • Anemi med järnbrist • Anemi där man kan misstänka multifaktoriell orsak inkluderande järnbrist <p>6. Eventuell GI-blödning, men där anamnesen ej är tillräckligt tydlig</p> <p>Indikation anses ej finnas vid tex: anamnestiskt GI-blödning, normo- eller makrocytär anemi med normalt järnstatus och normala retikulocyter.</p> <p>Vid oklara fall görs sambedömning mellan två läkare.</p>						
Indikator 2	<p>Andel patienter med knäledsröntgen gjord utan indikation i relation till totala antalet knäledsröntgen. Detta i urvalet av patienter med någon av följande diagnoser ställda i mätintervallent: Smärta knä, Ledvärk UNS, Primär gonartros, Distortion av knäled samt Annan primär gonartros. Följande anses vara utan indikation:</p> <p>- Känd artros utan trauma och utan att ortopedisk intervention är aktuellt</p> <p>- Ledsmärta helt utan trauma och utan underliggande cancer, benskörhet eller annan komplicerande faktor</p>	5/43 =12%	1 Okt-31 Dec 2023	5%	0% (motsvarande siffra Jan-Mars, April-Juni och Juli-Oktober 7%, 2% respektive 3%)	Medra ve och journalgenomgång	Oktober- Dec 2024
Indikator 3	<p>I MedRave sökning på ställd diagnos (J45P, J458, J458, J451, J450, J459). Två veckors intervall, yrkesgrupp: läkare. Journalgenomgång av samtliga patienter (Astm_{total}) där ev PEF-mätning identifieras (Astm_{PEF}). Utdata blir andelen som genomgått PEF:</p>	1st	4-7/12	5-10st	Gick tyvärr ej att genomföra	MedRave och journalgenomgång	T.ex. dec 2024

	<i>Astma_{PEF} / Astma_{total} %</i>						
Indikator 4	<i>I kalendern för undersköterskor under en månads period notera hur många bokningar som gjorts för COPD6-mätning (FEV₁/FEV₆)</i>	<i>1/månad (för två mätperioder)</i>	<i>V46-49 och v44-47 2023</i>	<i>10</i>	<i>1</i>	<i>Bokningskalendern</i>	<i>December 2024</i>
Indikator 5	<i>I spirometrikalender identifiera nästa bokningsbara spirometritid (samtliga sköterskor). Avbokningar räknas inte med. Andes i totala antalet dagar.</i>	<i>12 arbetsdagar</i>	<i>Mätdatum 18/1 2024</i>	<i>7 Arbetsdagar</i>	<i>13 dagar</i>	<i>Bokningskalendern</i>	<i>9/1 2024</i>
Indikator 6	<i>Andelen Ärenden^{direkthandlagt} / Ärenden^{läkare} % enligt nedan: Under en månads tid antal chat-ärenden som uppfyller följande (=Ärenden^{läkare}):</i> <ul style="list-style-type: none"> • Bild med hudfråga • Receptönskan • Frågor om provsvar • Fråga om enklare provsvar <i>I journal se om ärendet handlagt direkt av läkare (=Ärenden^{direkthandlagt}) eller om patienten bokats för separat tid (telefon eller besök)</i>	<i>0%</i>	<i>Dec 2023</i>	<i>15%</i>	<i>Statistik i AlltidÖppet</i>	<i>10%</i>	<i>December 2024 (Liknande resultat Okt-Dec 2024)</i>
Indikator 7	<i>Andel SSK-årsbesök avseende hypertoni som gjorts "administrativt" jämfört med totala antalet hypertoni-årsbesök. Mäts över en månads tid: Diagnos Essentiell Hypertoni ställd av SSK eller DSK där andelen som ej gjort fysiskt besök relativt till totala antalet registreras</i>	<i>0%</i>	<i>Dec 23</i>	<i>25%</i>	<i>MedRave och journalgenomgång</i>	<i>0% (9% över hela året: 4/41 besök)</i>	<i>Oktober 2024</i>

Övriga kommentarer:

- *F-hb togs i fler situationer än vad vi hade förutsatt och vi valde att samråda i utvalda fall för att bedöma om indikation förelåg eller ej.*
- *Tyvärr lyckades vi inte genomföra alla aktiviteter och heller ej göra alla mätningar (indikator 3) gällande minispirometri/PEF. Detta berodde delvis på att utsedd medarbetare drabbats av sjukdom delar av perioden.*

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Översikt

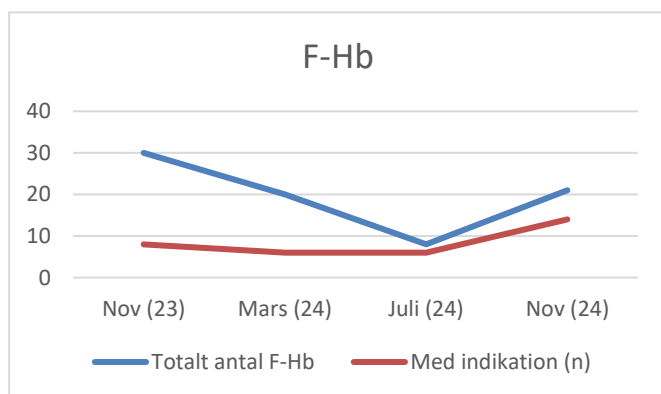
Vi är på Boo stolta över vad vi åstadkommit under 2024 med kloka kliniska val. Vi har dragit många lärdomar om kraften vi har att förändra arbetsätt, men också om hur flera av våra flöden ser ut. Vi har inte nått alla mål och vissa av våra målsättningar har vi fått omvärdera under året, men vi har samtidigt lyckats med mycket av det vi åtagit oss.

Vad som gått särskilt bra

Gällande minskning av provtagning med f-hb utan indikation lyckades vi dels minska totala mängden provtagning över året, men framför allt minskade vi dramatiskt prover tagna utan indikation. En utmaning med analysen var att det i vissa fall var svårt att säkert avgöra om det fanns indikation eller ej (tex vid "screening" anvisad av annan vårdgivare). Vad som var extra intressant var att vi minskade totala antalet remisser för "endoskopi" per läkarbesök med 24% jämfört med 2022 och 2023.

Utöver f-hb har vi över året minskat våra totala provtagning/läkarbesök med nära 20% vilket vi tror är en följd av medvetet arbete med kloka kliniska val. Detta har frigjort resurser till fler medarbetare och i förlängningen ökat våra möjligheter att hjälpa patienter.

Även röntgenundersökning av knän utan säker indikation minskade från 12% till 5% vilket har många positiva följder – inte minst för patienterna.



Vad som varit särskilt utmanande

Trots förstudier så visade det sig att antalet årsbesök för okomplicerad hypertoni hos sjuksköterska var betydligt färre än vad vi trott (med en faktor 10). Det har lett till många diskussioner och förslag om hur vi kan förbättra omhändertagandet av våra patienter med okomplicerad hypertoni. Det blev dock svårt att motivera stora förändringar av arbetsätt när det gällde så få patienter (ca 0,3 besök per sköterska per månad).

Vidare så fick vi ändra vår indikator för läkarhandledda ärenden i chatten då den ursprungliga var alltför svår att mäta kontinuerligt. Glädjande nog fungerande dock arbetet med att få fler direkthandlagda ärenden väl

Slutligen så lyckades vi inte få till de planerade aktiviteterna avseende minispirometri och PEF. Detta delvis pga oplanerade frånvaro och sjukdom. Följaktligen har vi inte kunnat uppmäta förbättringar i våra indikatorer. Vi planerar dock framåt att lägga fokus och tid på vårt omhändertagande av Astma- och KOL-patienter där våra kvalitetsvariabler är något lägre än för många andra områden.

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?

Vi har under 2024 haft mycket aktiv, kontinuerlig dialog med patienter om kloka kliniska val – inte minst genom den patientinformation som lämnats ut (foldrar i väntrum mm). Intrycket är att de allra flesta stämmer in i huvudbudskapen och att patienterna också vill bidra till att minska på lågvårdevård.

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 tror att förändringarna kring provtagning och röntgenbeställningar kommer att fortgå då det finns stor motivation i läkargruppen att hushålla med resurser – en viktig bieffekt är ju att arbetsmiljön blir bättre. Vi har redan hunnit ha nya diskussioner om vilka prover/undersökningar vi borde kunna minska ytterligare under 2025.

Förändringen gällande läkarnas delaktighet i chat-kommunikationen med patienter förväntas också fortgå då det nu är en integrerad del av bakjournarbetet.

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.