

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2

TEMA: Hudförändringar och teledermatoskopi

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Forums vårdcentral

Verksamhetschef

Carin Lindahl

Verksamhetschefens e-post

Carin.lindahl@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:

Carin Lindahl

Profession: verksamhetschef

E-post: carin.lindahl@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:

Shillah Hashemi- spec i allmän medicin.
Gabriel Sand- ST läkare
Etabeba Seid- distriktssköterska
Agieszka Kuszuruk- undersköterska

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

B: patientenkät, ev enkät eller utvärdering via enkät i alltid öppet appen.

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?

Vi kan se att Forums vårdcentral under 2023 inte skickat (eller registrerat) de patienter med hudförändringar som fått teledermatoskopisk bedömning för snabbare handläggande vid misstanke om malingnt melanom. Vi vill kunna låta patienten själv boka tid via appen alltid öppet och vid behov få snabbare handläggning och hjälp vid misstänkta hudtumörer samt förbättra flödet för dessa vilket bör kunna ge en ökad tillgänglighet till våra patienter.

Diagnoser:

D239w

D233

L569

R238

L568

Totalt 387 st och inga dokumenterade åtgärds-koder för teledermatoskopisk eller manuell dermatoskopi.

240630:vi lägger till diagnoskoder för naevus: D229,D223, D224, D225, D 229f

(L829) – ej med i listan- 92 st

(L829) -ej med i listan- 10 st

Åtgärds-kod:

AQ001 digital dermatoskopi
Aq 002 Manuell dermatoskopi

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.

Hudförändringar och teledermatoskopi

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:

- **Snabb och säker diagnostisering av hudförändringar med hjälp av teledermatoskopi,**
- **Säkerställa korrekt hantering av patienter med hjälp av teledermatoskopi vid hudförändringar där malignitet kan misstänkas.**
- **Att använda vanligt dermatoskop när teledermatoskopi ej är nödvändigt**
- **Optimering av flöde för hudförändringar**

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: Kunskapsbrist i tekniken

1.1: Utbildningsinsats -läkare
1.2: Utbildningsinsats -distriktssjuksköterska
1.3: Utbildningsinsats -undersköterska/reception

2: Ökad tillgänglighet för hudbedömningar. Lokal rutin saknas för detta flöde diagnos/konsultation/ telederma kunskap.

2.1: Tvärprofessionellt team för ny lokalrutin samt planering av schema
2.2: Diagnoser och korrekta registreringar
2.3:

3: Flöde för borttagande av ev förändringar behöver skapas en rutin för.

3.1: läkare excision hudförändring
3.2: schemaplanering flöde för omhändertagande vid ev borttagande av hudförändring
3.3:

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/verktyslada-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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Antal digitala tele dermatoskopier per halvår</i>	0 st	240101	5 st + 28	Dermicus + medrave	240630, 241231
Indikator 2	<i>Antal utförda excisioner efter teledermatiskopi Kvå : DQ019</i>	1	240101	5 st	Medrave + TC	241231
Indikator 3	<i>Antal egenbokade patienter i alltid öppet appen per år</i>	11 st	230101	Följer antal: 24123 1-utfall: 36	AÖ statistik	241231
Indikator 4	<i>Antal manuella dermatoskopier Mätning av KVÅ, AQ002 Totalt för året</i>	0 st	240101	17 st	Medrave	241231
Indikator 5	<i>Antal teledermatoskopier AQ001 Totalt för året</i>	12	240101	33 st	Medrave	241231

Kommentar (valfritt): Möjligen kommer vi behöva skriva och ändra de indikatorerna.

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/verktyslada-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 tänk? 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.

Hur snabbt bokas patient innan excision efter hittad förändring – mål ? Mål att skapa flöde för upptäckt och sedan kunna boka in tid för borttagande redan vid telederma tillfället.

Antal utförda teledermatoskopier/ dermatoskopier per halvår.

Antal patient bokade besök per månad/ kvartal. Pat bokar själv i AÖ , bokas tidigast 7 dagar innan – eller 14 dagar?

Antal pat med excision/ malignitet efter funnen förändring via teledermatoskopi?
Tiden till behandling(?) alt. snitt tid diagnos (?)

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

Utbildningsinsats är genomfört som planerat för läkargrupp och undersköterska. Sjuksköterskorna ej involverade annat än i bokningar av ev. hudborttagningar och de faller inom ramen för vårt vanliga arbete så således ingen aktuell skillnad för vår vårdcentral.

Gemensam utbildning för läkargruppen genererat en ökning av bedömda födelsemärken via teledermatoskop.

Efter 6 månader lade vi till diagnoskod för naevus vilket efterfrågats av läkarna så vi utökade således vår rapportering.

Ursprungsplan för mätning / uppföljning – ändrat till uppföljning efter 6 månader då vi inte fått tillräckligt många födelsemärken att undersöka årets första kvartal.

Vi har skapat en rutin för handhavande av födelsemärken på vårdcentralen och introduktion för telederma ingår i introduktionsschema, bifogas som bilaga.

Patienten kan boka dessa tider själva via alltid öppet inom 7 dagar och vi har fortsatt möjligheten att utöka dessa / minska dessa tider lokalt.

Pga av det låga patientantalet har vi avstått från enkät pga stor risk att inte kunna vara anonym vid svars genomgång. Ställningstagande under våren 2025 om enkät via alltid öppet skall skickas beroende på storskaligheten för teledermatoskopi.

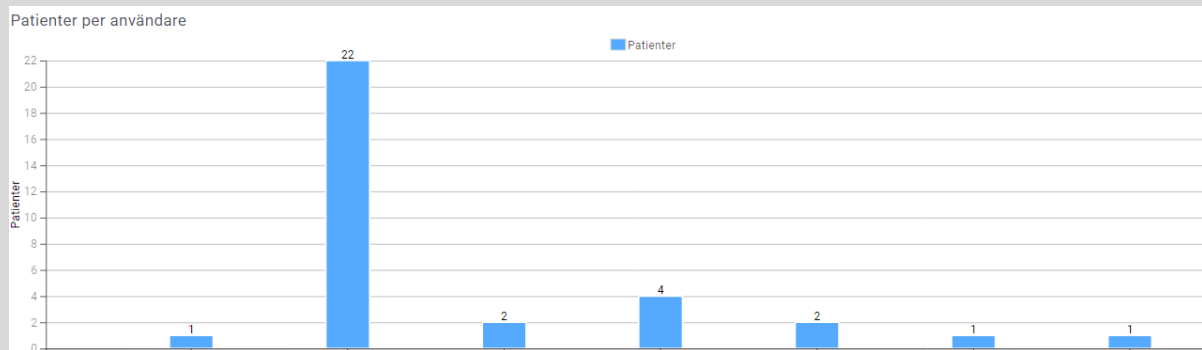
Vi har ökat antal diagnossättningar och vi kan se att vi har ökat användandet av telederma efter utbildningsinsatsen. Lathundar med diagnos har placerats synligt i läkarnas rum.

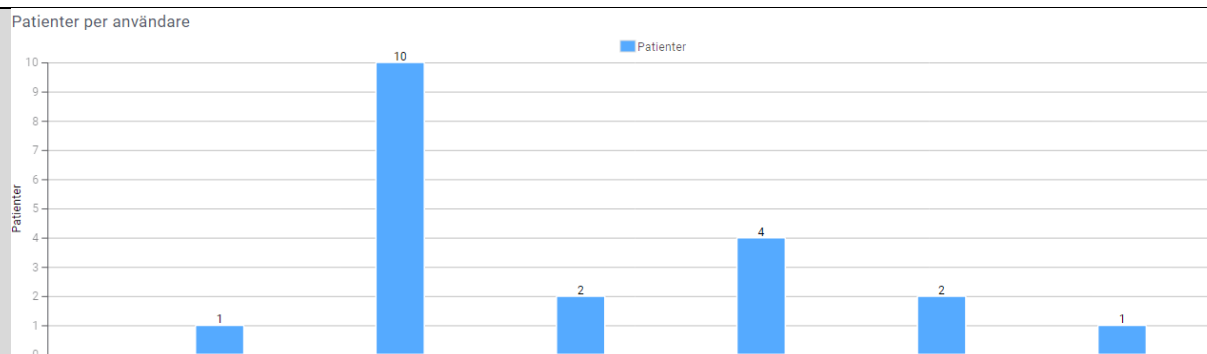
Vi har efter läkarbedömning planerat in ev excisioner inom den ram som diagnosen krävt– men eftersom vi ej haft någon som är mätbar så blir denna punkt ett mål vi inte kan mäta.

Vi kan inte avgöra i medrave hur många som konverterats från manuell dermatoskopi till teledermatoskopi, men vi kan följa i Dermicus att vi har skickat 25 st förändringar för bedömning till hudläkare. Av dessa har vi hittat ett malignt melanom.

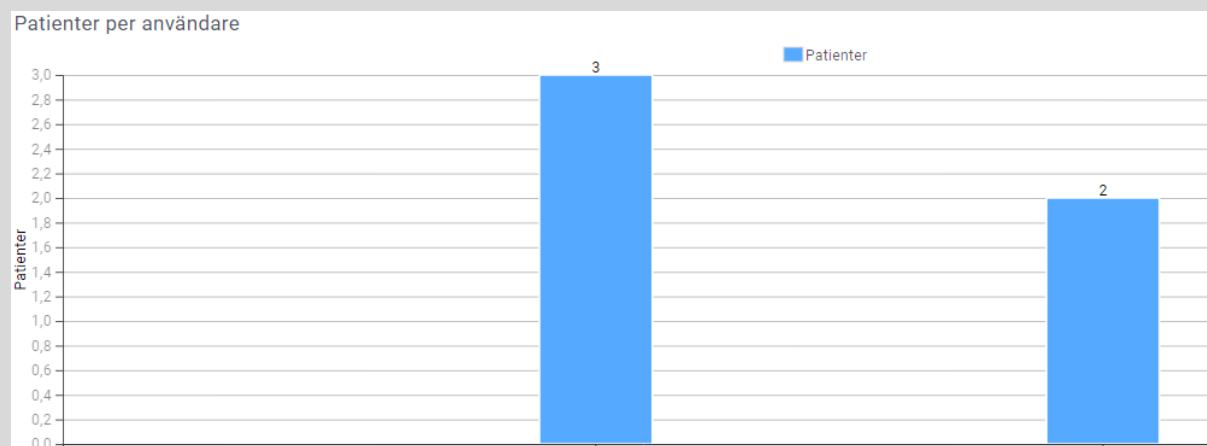
Resultat

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:**

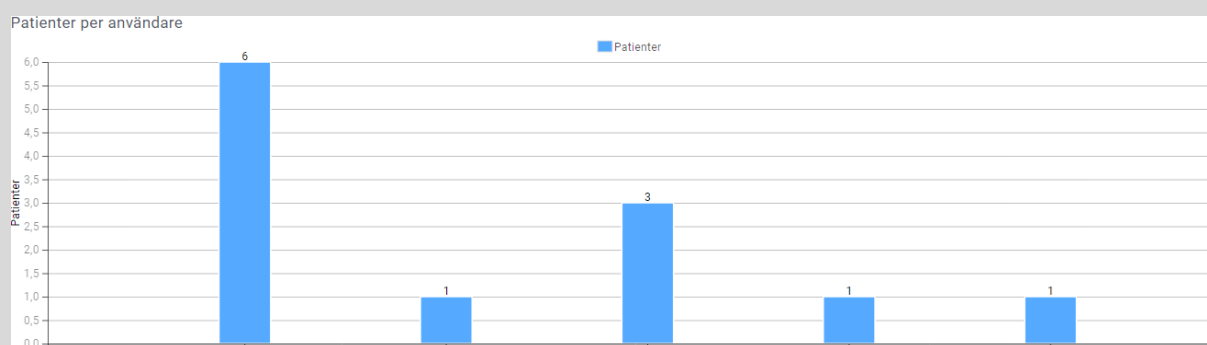




Figur 2 Antal manuella dermatoskopier andra halvåret 240701-241231, AQ 002



Figur 3 antal digitala dematoskopier 240101-240630, AQ 001



Figur 4, antal digitala dermatoskopier 240701-241231, AQ 001

	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	Antal digitala tele dermatoskopier per halvår	0 st	240101	30 st	5 st + 28	Dermicus + medrave	240101-240630. 240701-241231
Indikator 2	Antal utförda excisioner efter teledermatiskopi Kvå : DQ019	1	240101	5 st	0	Medrave + TC	241231
Indikator 3	Antal egenbokade patienter i alltid öppet per år	11 st	230101	Följer	Följer antal: 241231-utfall: 36	AÖ statistik	240101-240330. 240701-241231

Indikator 4	<i>Antal manuella dermatoskopier Mätning av KVÅ, AQ002 Totalt för året</i>	0 st	240101	5 st	17 st	Medra ve	241231
Indikator 5	<i>Antal teledermatoskopier AQ001 Totalt för året</i>	12	240101	5 st	33 st	Medra ve	241231

Övriga kommentarer:

Den maligna melanom vi hittade indicerades på hudklinik efter SVF remiss för borttagande. I övrig kan vi se att vi har totalt tittat på 202 patienter i med ovan nämnda diagnoskoder med olika typer av åtgärder.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi kan med glädje konstatera att vi har ökat vårt användande av dermatoskopier och teledermatoskopi där vi har ansett det vara aktuellt.
Vi har i och med detta arbete fördjupat vår kunskap inom hudförändringar och dess sjukdomar i olika nivåer på vårdcentralen. Samtliga nya läkare får introduktion i teledermatoskopi och genomgår utbildning via Vårdgivarguiden.
Viktigt att få öva praktiskt när vi får nya tekniska hjälpmedel för att alla skall känna sig trygga.

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 inte haft så stor grupp av patienter som vi hade hoppats på trots tillägg av diagnosgrupper och det kommer vi arbeta vidare med under 2025.
Vi planerar att under våren ha sk prickdagar med fler läkare på plats och ha en dag per vecka för ändamålet.
Patienter har kunnat boka själva via alltid öppet och det kommer vi fortsätta med under 2025 och framöver.
Resultatet av deras undersökning har skickats digitalt för snabbare information av deras förändring – denna kommunikation har skett via alltid öppet/ vårdportalen
Efterfrågan att boka tid för besök själva av patienten när det passar dem är för bra delaktighet vilket vi har fått till oss via synpunkter och klagomål via 1177.

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.

Som utvecklingspotential har vi ideer om en sjuksköterskeledd hudmottagning för med möjlighet till bedömning och kompetensutveckling inom den gruppen.
Men målet nu i första hand är att ha god tillgänglighet för bedömning av hudförändringar och ta hjälp av hudläkare via teledermatoskopi vid behov.
Vi planerar nu prickmottagningar med regelbundenhet.
Vi planerar fortsatt uppföljning med korrekt KVÅ registreringar och diagnossättning vilket planeras till läkarmöten som påminnelse och mått att följa.

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.siso@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.