

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *TEMA - KBT vid depression och ångest*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Hallunda vårdcentral 605

Verksamhetschef
Lena Herö-Karlsson

Verksamhetschefens e-post
lena.hero-karlsson@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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2023**, **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 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2024** **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: Stefan Balici

Profession: ST-läkare

E-post: balicistefan@gmail.com

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 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).

A: Ange övriga teammedlemmar och deras professioner

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

A: Ida Bethmorad, psykoterapeut.
Jenny Bergesten, psykoterapeut.
Gilgamesh Morad, ST-läkare.

B: "Förslagslåda" kommer i form av fri fråga på skriftligt informationsblad där patienterna kan lämna synpunkter kring deras uppfattning av psykisk ohälsa, vad de blir/blev mest hjälpta av och förslag för oss kring hur vi kan bättre hjälpa dem. Samtliga lämnas till förbättringsarbete ansvarigs brevlåda.

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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

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

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Depression och ångest är vanligt förekommande folksjukdomar som drabbar livskvalitén och funktionsförmågan. KBT är en väl beprövad psykoterapeutisk behandling som kan ges antingen isolerat eller som tillägg till farmakologisk behandling och har visat öka effekten av den farmakologiska behandlingen när kombinerat.

Hallunda VC ligger i snitt sämre än Stockholm vid:

1. andel patienter med ny diagnos ångestsyndrom som fått Kognitiv beteendeterapi (KBT) – 16,7% jämfört med 34,3% (2022-12-31).
2. Andel patienter med nydiagnosticerad depression som fått Kognitiv beteendeterapi (KBT) – 18,1% jämfört med 31,7% (2022-12-31)

Hallunda VC har en socioekonomiskt utsatt patientpopulation som kommer från olika kulturer och har en varierad uppfattning av psykisk ohälsa och stigma kring det. Förståelsen för vad psykoterapi och vilja att gå på det är också varierade och många patienter får inte optimal behandling för deras depressiva eller ångestsymtom på grund av det.

Ökad kunskap kring psykisk ohälsa och behandlingar skulle främja psykisk hälsa och acceptans kring psykoterapi och som resultat leda till minskat lidande och bättre funktion i denna patientpopulation.

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.	
KBT vid depression och ångest	
Mål (Vad vill ni uppnå?) Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/ Formulera här era mål:	
Det övergripande målet är att öka kunskapen kring psykisk ohälsa och behandlingsmetoder i patientpopulationen med ångest och depression diagnoser och öka effektiviteten i deras behandling. Ångest och depressiva syndrom kommer ofta dolda i somatiska symtom. Att navigera patientens besvär och symtom, tankar, oro och önskemål är tidskrävande och kan ofta lämna lite utrymme mot slutet av besöket för att prata om själva depression eller ångest diagnosen och samtalet kan i stället fokuseras på mer praktiska aspekter för patienten: sjukskrivning och upplevelsen att man inte klarar av nuvarande krav, oro för att det trots allt kan finnas något somatiskt som man inte lyckats identifiera trots att grundutredningen tyder på en psykisk diagnos osv. När man erbjuder psykoterapi befinner sig patienterna vid många tillfällen inte i en mental inställning där de kan förstå att man behöver arbeta även med känslor, tankar och beteende mönster. Syftet och metodiken i detta projekt riktas mot att ge främst läkargruppen men inte bara en del extra verktyg som broschyrer och informationsblad som man kan lätt lämna vid behov till patienterna för att kunna öka kunskapen och förståelsen för vad depression eller ångest är, hur dessa sjukdomar kan te sig i kroppsliga symtom och vad KBT är och hur det kan hjälpa vid behandling av dessa sjukdomar. Delmål 1 är att öka andelen patienter som fått psykologisk behandling med KBT vid nydiagnosticerad depression. Delmål 2 är att öka andelen patienter som fått psykologisk behandling med KBT vid nydiagnosticerad ångest.	
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-forbattringstrappa/	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: Okunskap kring psykisk hälsa/ohälsa hos patienterna.	1.1: Information om depression/ångest i skriftlig form.

	1.2: Förslag från själva patienterna från förslagslådan som kan implementeras framöver.
2: Bristande tid hos läkaren för att övertala patienten kring diagnoser och behandlingsmetoder	2.1: Se punkt 1.1. 2.2: Information om KBT och psykoterapi i skriftlig form. 2.3: Information om hälsosamma vanor för att främja mental hälsa.
3: Stigma kring mental ohälsa hos patienterna.	3.1: Minskning av stigma hos patienter genom ökad kunskap kring psykisk ohälsa.

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-forbattringsstrappa/>

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>Depo6: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid nydiagnosticerad depression</i>	18.1%	22-12-31	30%	Medrave	23-12-31
Indikator 2	<i>Åno8: Andel patienter med ny diagnos ångestsyndrom som fått Kognitiv beteendeterapi (KBT)</i>	16,7%	22-12-31	30%	Medrave	23-12-31

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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Utvärdering var 3:e månad med eventuella förbättringsförslag/förändringar.

Action

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-forbattringsstrappa/>

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?

Beskriv här övergripande hur ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar.

Förbättringsarbetet diskuteras i första hand på personalmöte med bland annat läkargruppen, psykosociala teamet och sjuksköterskegruppen. Alla får ta del av informationen och utarbetad skriftlig information enligt ovan och får börja använda det i praxis vid mötena med patienterna. Utvärdering av siffrorna på definierade mål omvärderas varannan/var 3:e månad och i samband med det tas nya förslag och kommentarer från alla involverade yrkeskategorier. Möte i personalgruppen för ny diskussion kring det pågående arbetet.

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

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in senast 28 februari 2023 till: forbattringsarbeten.apc.slo@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. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vi har haft informationsbroschyrer som all vårdpersonal på vårdcentralen kunde vid behov skriva ut och lämna till patienterna (se bifogade bilagor).

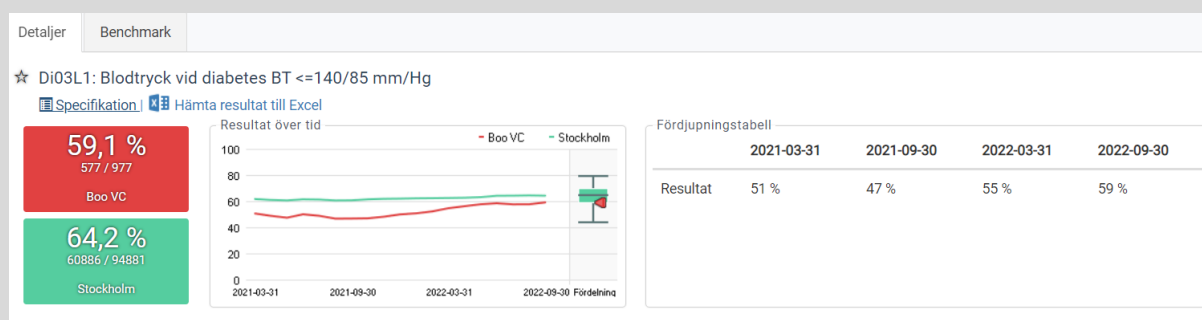
Dessa dokument fanns tillgängliga på varje dator: Primärvård-Hallunda VC-Blanketter_Broschyr-Psykisk ohälsa info till patienter

Information om detta har lämnats ut regelbundet primärt på läkarmöten men även på gemensamma personalmöten.

I återkoppling har dessa mallar knappt använts dock både på grund av att personal hade svårt att hitta det; glömt om det eller helt enkelt inte känt att det fanns behov för det.

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	Depo6: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid nydiagnosticerad depression	18.1%	22-12-31	30%	6.5%	Medrave	23-12-31
Indikator 2	Åno8: Andel patienter med ny diagnos ångestsyndrom som fått Kognitiv beteendeterapi (KBT)	16,7%	22-12-31	30%	6.6%	Medrave	23-12-31
Indikator 3	Depo8 (Andel patienter som fått PDT vid nydiagnosticerad depression	20%	22-12-31		27.3%	Medrave	23-12-31
Indikator 4	Depo9: Andel patienter med nydiagnosticerad depression som fått psykologisk behandling	38,1	22-12-31		33.8%	Medrave	23-12-31

Indikator 5	Ån09: Andel patienter med nydiagnosticerad ångest som fått psykologisk behandling	15,8%	22-12-31		6,6%	Medrave	23-12-31
--------------------	---	-------	----------	--	------	---------	----------

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Som det syns i resultaten har vi gått åt andra hållet från initiala målet. Det som noterats rätt tidigt år 2023 i själva Medrave är nytillagda indikatorer avseende psykoterapi vid depression och ångest diagnoser såsom Dep07, Dep08, Dep09. [230130 Fullständig lista indikatorer i PrimärvårdsKvalitet 2023.xlsx \(live.com\)](#) som särskiljer mellan olika former av psykoterapi (KBT, IPT och PDT).

Kvalitetsindikatorlistan år 2022 var fattigare som vi ser i statistik från SKR [Folder-PvK-Huvudfolder-Webb-2022.pdf \(skr.se\)](#) (2022).

Med detta i åtanke är en del av slutsatsen är att själva frågeställningen och målet var enklare ställt än vad kliniska verkligheten ser ut som. Historiskt har vi haft en hel del mer KBT som psykoterapi vid både ångest och depression diagnoser. Dessutom har två av våra psykoterapeuter som använde KBT primärt som behandling slutat sedan vi började nuvarande arbete. Som siffrorna reflekterar har vi för nuvarande primärt PDT som psykoterapi vid nydiagnosticerad depression. Ån08 (Andel patienter med ny diagnos ångestsyndrom som fått Kognitiv beteendeterapi (KBT)) och Ån09 (Andel patienter med nydiagnostiserad ångest som fått psykologisk behandling) indikatorerna visar fortfarande att vi är mycket sämre på att ge psykoterapi till patienter med nydiagnosticerad ångest vilket med hänvisning till ovanstående förklaringsmodell troligtvis inte stämmer alls utan beror på att endast KBT är registrerad som terapiform vid ångest diagnoser.

För att sammanfatta statistiken, vi verkar inte ha varit sämre än snittet i Stockholm på psykoterapeutiska insatser för depression och ångest patienter från själva början.

Själva insatsen kring broschyrer som ska kunde skrivas ut för patienterna vid behov har inte varit framgångsrik dock. Det som förklarar detta mest är en allmänläkare har helt enkelt för många saker att hålla koll på och de flesta glömde att denna resurs fanns att hitta trots att det har tagits upp på flera läkarmöten. Vi avråder från liknande förbättringsförslag om det inte verkligen är något enkelt tillgängligt som man är väldigt rutinerad vid.

Det som har gått bra dock är själva mötena där vi pratade om psykoterapi samt dennes olika former. Om man ska jämföra att övertala patienter om vissa farmakologiska behandlingar eller vaccinationer kan bättre kunskap hos själva läkaren/vårdpersonalen bidra till bättre samtal och högre chans att patienten får bättre följsamhet till behandlingen. Med den här förklaringsmodellen tycker vi att den ökade kunskapen hos läkar- och sjuksköterskegruppen kring psykoterapi ökar våra patienters predisposition att gå hos psykosociala teamet till att börja med och påbörja psykoterapi. Att man hade ett målstyrt förbättringsarbete med fokus på psykisk ohälsa har lett till aktiva samtal om svårigheterna olika yrkeskategorier möter med denna patientgrupp och hur man arbetar mer effektivt tillsammans.

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?

Det psykosociala teamet har främst många korta kontakter som inte leder till psykoterapier. Detta kan bero på den låga kunskapen och motivationen till psykoterapeutiska insatser. Det kan finnas ett stigma kring att söka vård för psykisk ohälsa, kulturella normer som begränsar sådan vård. Låg motivation till förändringsarbete som är känslomässigt krävande.

I våra samtal ingår psykoedukation särskilt för patienter som har bristande kunskap om ångest och depressiva symtom, i detta ingår samtal om hur viktigt det är med egenvård/träning och beteendeaktivering för lindrigt sjuka patienter. Vi arbetar med att motivera dem till att ta ansvar för sina hemuppgifter och förklarar att det terapeutiska arbetet främst sker mellan sessionerna när de lever sina liv. Här är det viktigt att patienterna arbetar mot sin målsättning och behandlingsmålet

som vi har satt upp tillsammans. Under sessionerna har vi en ständig uppföljning kring detta. Patienterna kan ofta uppleva att psykoedukation kring psykisk ohälsa och kopplingen till det somatiska har varit positivt.

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.

Resursen med broschyrer finns kvar och vi får se om denna används mer på sikt. För nuvarande har vi ett till pågående förbättringsarbete som har att göra med FaR bland annat vid psykisk ohälsa där det ingår ökat samtal om FaR och bokade tider hos dsk-kollegor. Psykoedukativa delen tycks hittills ha varit den mest positiva effekten av förbättringsarbetet och att man fortsätter ha samtal mellan olika yrkeskategorier kring patienter med psykisk ohälsa.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till
funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se