

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Verksamhetschef Linda Lillgård	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

### del 1 och del 2: *Astma KOL*

#### 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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2022**. 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 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

#### DEL 1 – Planen

##### **Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner**

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

##### **Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.**

Linda Lillgård verksamhetschef  
[Linda.lillgard@stureplansvardcentral.se](mailto:Linda.lillgard@stureplansvardcentral.se)

Ivana Berak Saric, ST-läkare

Josefine Fagerlund, sjuksköterska

Zhen Lei Xia, specialist i allmänmedicin

##### **Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!**

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn

Verksamhetschef

Linda Lillgård

Aktnummer (ifylles av HSF)

**Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?** Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

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>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

*Efter utbrottet av Covid 19 har inte patienter med Astma och Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom, KOL, kunnat få de vårdinsatser som rekommenderas enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. År 2020 fick cirka 26 000 färre patienter med Astma/KOL sin lungfunktion mätt med Spirometri jämfört med 2019. Även på Stureplans vårdcentral har antalet spirometrier minskat och Astma/KOL mottagningen blivit lidande. Delvis då andra prioriteringar har behövt göras men även på grund av att färre personer än tidigare har besökt vården. Pandemin sträcker sig även över år 2021, och vi på Stureplans vårdcentral ser förbättringsmöjligheter. (Socialstyrelsen)*

*I medrave m4 kan vi på Stureplans vårdcentral se en prevalens på 1,2 % hos patienter med diagnosen KOL, jämfört med regionen i övrigt som har en prevalens på 1,4 %. Även Astma diagnoser ligger under snittet, med en prevalens på 4,1 % på Stureplans vårdcentral jämfört med 5,2 % i region Stockholm.*

*Andel patienter som fått återbesök efter KOL-exacerbation på Stureplans Vårdcentral är 38,9%, jämfört med 59,7% i regionen.*

**Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete**

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

*Öka prevalensen av Astma/KOL diagnoser och kvalitetssäkra omhändertagandet av Astma/KOL patienter*

**Steg 3 Övergripande mål** – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient-verksamhets- och samhällsnivå)

*Vi vill uppdatera och förbättra rutiner för patienter med Astma samt KOL. Vi vill även förbättra förutsättningarna för att öka prevalensen av astma och KOL diagnoser och också finna patienter som är i ett tidigt stadiet av KOL. Detta är särskilt viktigt då en diagnos är en förutsättning för behandling och en tidig diagnos kan förhindra att svår KOL utvecklas.*

*Då astma och KOL som inte diagnostiseras eller behandlas korrekt kan leda till sjukhusinläggningar samt följsjukdomar, leder detta inte bara till lidande för patienter utan även lidande för samhället.*

**Steg 4 Specifika delmål**– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Verksamhetschef Linda Lillgård	Aktnummer (ifylles av HSF)

*Vi vill öka antal spirometrier från 120 per år (2021) till 300 per år (2022) så att vi hittar fler med astma och KOL, vilket innebär att vi åstadkommer bättre prevalens samt tidig diagnos, vilket betyder att man startar med korrekt behandling och i god tid. Det ska vi nå genom att utföra 5-6 spirometrier dagligen i 1 års tid.*

### Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda det så kallade "fiskbensdiagrammet" eller "orsak-verkan-diagram" för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>

- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

- a. Vi vill effektivisera och utveckla Astma/KOL mottagningen genom att:

- 1) Skapa strukturerade rutiner genom att ansvarig sjuksköterska ser över samt uppdaterar nuvarande väntelista för astma/KOL patienter samt ser över och uppdaterar PM för mottagningen.
- 2) Avsätta tid för utbildning för aktuell vårdpersonal. Det är viktigt för att höja kompetensen i teamet samt optimera omhändertagandet av ovanstående patientgrupp genom evidensbaserad vård. Exempelvis så är tid avsatt för en läkare och en sjuksköterska att gå utbildning i sublingual immunterapi.
- 3) Öka antalet spirometrier genom en uppdaterad väntelista samt genom ett screeningsprojekt där alla yrkeskategorier på vårdcentralen aktivt frågar patienter som uppfyller aktuella kriterier om deltagande. En ökning av spirometrier är särskilt viktigt då det är en förutsättning för astma/KOL diagnos och förhoppningsvis kommer leda till en högre prevalens av astma samt KOL patienter.

- b. Vi har ökat användning av behandlingsplan (både för astma och KOL) genom att ge blanketter till patienter vid läkar- el sjuksköterskebesök.

### Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått, så ni kan byta eller justera er

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Verksamhetschef Linda Lillgård	Aktnummer (ifylles av HSF)

förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/ period för start- läge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå mål- värdet
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal spirometrier</i>	120 st	220101	300 st	Medr ave 4	221231
<b>Indikator 2</b>	<i>Prevalens KOL</i>	1,2%	220101	1,4%	Luftv ägsre gistret	221231
<b>Indikator 3</b>	<i>Prevalens Astma</i>	4,1%	220101	5,2%	Luftv ägsre gistret	221231
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal återbesök efter försämring av KOL</i>	38,9%	220101	59,7%	Medr ave 4	221231

**Kommentar (valfritt):**

*Källor:*

Viss.nu  
Medrave 4  
Primärvårdskvalitet  
Socialstyrelsen  
Luftvägsregistret

**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:  
[forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Linda Lillgård	

## DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

### A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Patienter har fått kallelse hemskickad för spirometri enligt aktuell och uppdaterad väntelista, läkare lägger in patienter på väntelistan vid behov. Sjuksköterskan planerar fram patienten i samråd med patienten och läkaren efter utförd spirometri.

En sjuksköterska har avsatt tid för spirometrier minst 1 dag/vecka och mer vid behov.

En läkare och en sjuksköterska har under året genomfört utbildning inom sublingual immunterapi. Detta möjliggjorde uppstart av vaccination för bland annat pollen- och gräsallergiker. Vi har förmedlat detta till patienter via telefonrådgivning samt via våran hemsida.

Läkaren och sjuksköterskan har gått flera andra kortare utbildningar under året som ytterligare led i arbetet.

En sjuksköterska har nyligen påbörjat en Astma/KOL utbildning på högskolenivå, ett annat led för att ytterligare kvalitetssäkra mottagningen.

Vid försämring av KOL följer patientansvarig läkare upp patienten enligt rutin på vårdcentralen.

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Antal Spirometrier	120 st	220101	300 st	232 st	Take Care	221231

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Verksamhetschef Linda Lillgård	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 2</b>	<i>Prevalens KOL</i>	1,2%	220101	1,4%	1,7%	<i>Medra ve 4</i>	221231
<b>Indikator 3</b>	<i>Prevalens Astma</i>	4,1%	220101	5,2%	6,2%	<i>Medra ve 4</i>	221231
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal återbesök efter försämring av KOL</i>	38,9%	220101	59,7%	60%	<i>Medra ve 4</i>	221231

*Spirometern gick sönder vecka 49, varför vi inte kunde utföra någon mer spirometri fr.o.m. v.49.*

### **C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?**

1. Vad har ni lärt er?
2. 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?
3. 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.

1. Vi har lärt oss att regelbundet informera och uppdatera övrig personal på arbetsplatsen om att kvalitetsarbetet är viktigt för att nå våra mål.
2. För att säkerställa att spirometrimålet skulle nås kunde mer tid ha avsatts i början på året. Vi har också lärt oss att har vi tydliga rutiner, blir det lättare att fånga upp eventuella exacerbationer (framförallt av KOL) och därefter utföra adekvata åtgärder inklusive uppföljning av patienter (framförallt hur de mår) efter en exacerbation, vilket minskar risker för eventuella komplikationer och sjukhusinläggningar.

3. Patientens kunskap använt vi oss av på så sätt att patienterna själv hade bättre koll på vilka symtom som kan tyda på eventuell försämring, vilket gjorde att de kunnat söka till vårdcentral i god tid för att bedömas och få adekvata medicinska åtgärder. För att öka patientens delaktighet har en strävan varit att använda oss av en behandlingsplan för patienter med Astma och KOL. Detta är något vi planerar för framtiden.

4. Man kan se att vårt resultat avseende återbesök efter försämring KOL ligger i linje med vårt mål. Slutsatsen vi dragit är att vi behöver fortsätta arbetet och fortsätta följa denna grupp av patienter och eventuellt sätta ännu högre mål. Vi kan vara ännu mer noggranna att boka återbesök för snar uppföljning av patienter med KOL-exacerbation. Vi kan också fortsätta med att utbilda våra patienter om symtom som kan tyda på eventuell försämring av KOL och vi kan dela ut CAT-blanketter så att man kan skatta sitt tillstånd hemma, och skulle patienten ha 10 eller mer poäng, behöver hen höra av sig till vårdcentralen genast.

Vi kan se att prevalensen för både Astma och KOL ökat under 2022, trots att vi tappat listade patienter, vilket är positivt då vi lyckats diagnostisera fler än vårt mål.

Under kommande år planeras utökad tid för Astma/KOL-mottagningen för att ytterligare kunna göra fler spirometrier samt till exempel inhalationsteknik och rökstopp.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn	
Verksamhetschef  Linda Lillgård	Aktnummer (ifylles av HSF)

För att bibehålla positiva förändringar som arbetet fört med sig planeras fortsatt arbete med uppdaterad och aktuell väntelista, samt att sätta av mer tid för utbildning inom området.

Screeningprojektet blev inte av då den planerade samarbetspartnern som höll i projektet ställde in i sista sekunden, vilket blev en besvikelse då vi under en längre tid hade samverkan, utbildning samt lagt ner en del tid på förberedelser.

**D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2  
t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan [forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)