

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vallentuna husläkargrupp	
Verksamhetschef Lena Roth-Lundin	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

### del 1 och del 2: *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.siso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.siso@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.**

Martin Murén, läkare, spec allmänmedicin. E-post: martin.muren@ptj.se  
Angela Hallquist, distriktssköterska  
Emelie Fredenvall, distriktssköterska

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

**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.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Vallentuna husläkargrupp	
Verksamhetschef Lena Roth-Lundin	Aktnummer (ifylles av HSF)

Börja 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>

Vi har länge arbetat med vår KOL/astma-mottagning och förbättrat vår diagnostik och indelning enligt GOLD-stadier. Nu vill vi fokusera mer på behandlingen och säkerställa att patienterna tar rätt mediciner på rätt sätt. Våra KOL-patienter (drygt 100 personer) kallas årligen till besök för uppföljning av KOL och vi har märkt att en del patienter har svårt att veta vilka mediciner som ska användas i vilka doser vid ökande symtom eller KOL-exacerbationer eller försämringsperioder i astma. Därför planerar vi att införa skriftliga behandlingsplaner som på andra håll har visat sig motverka detta problem och dessutom följer Socialstyrelsens rekommendationer. Redan idag uppmantras patienterna att ta med sina inhalatorer för att stämma av inhalationsteknik.

### **Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete**

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

KOL/astma

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

För att minska risken för långvariga symtom och underbehandling av KOL och astma planerar vi att införa skriftliga behandlingsplaner för att patienterna ska känna sig mer välinformerade och tryggare i sin behandling. Därmed kan patienten förhoppningsvis genomföra medicinjusteringar på eget initiativ men enligt våra rekommendationer. Mer självständiga patienter kan innebära en minskad belastning i telefonrådgivningen men det är inte ett mål i sig. Dessutom kan planerna fungera som stöd för våra sköterskor i telefonrådgivningen som inte är KOL-inriktade.

### **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.**

Antal skriftliga behandlingsplaner. En svaghet i denna indikator är att planerna inte helt enkelt kan identifieras i Medrave och därför behöver kompletteras med sökord i journalen, vilket alltid leder till en ökad risk för underregistrering. Sökordet Behandlingsplan (term-ID 7361) har lagts till i sköterskornas KOL/astma-journalmall och märkts som obligatorisk (registreras ja/nej) vilket borde ge en så rättvisande bild som möjligt av antalet planer. Vi har ambitionen att skapa planer löpande i och med årskontrollerna och utvärdera arbetet regelbundet och anpassa vid behov.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vallentuna husläkargrupp	
Verksamhetschef Lena Roth-Lundin	Aktnummer (ifylles av HSF)

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

- 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 [verktyget fiskbensdiagram](#) 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>
- Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).
- Införa skriftlig behandlingsplan som en del av KOL-årskontrollen. Mallar finns till exempel via Luftvägsregistret eller som formulär i journalsystemet. Här kommer vi att utvärdera vilken mall som passar bäst för oss och våra patienter.

Vi planerar att varje-varannan månad redovisa antal skrivna planer och utvärdera hur arbetet fortskrider. Vi har därför förberett ett diagram i fikarummet som visar vår utveckling (antal planer per månad samt ackumulerat antal under året jämfört med målnivå). Därigenom blir förbättringsarbetet en mer naturlig del av vardagen och man blir påmind om det regelbundet.

Tillägg mars 2022: mallen i Take care var omfattande och ambitiös men krävde mer tid för ordentlig genomgång än vi riktigt har möjlighet att avsätta. Vi har därför tagit fram ett eget lite mer kortfattat behandlingsmeddelande. Det har lagts in som brevmall, och samtliga medarbetare kan därför komma åt det.

- Vi har diskuterat en kortare enkät men är tveksamma om vi kommer hinna utvärdera ordentligt med patienterna. Man kan tänka sig att några av dem som fått behandlingsplan under våren kan tillfrågas under hösten (vi har läkar- respektive sköterskebesök halvårsvis).

### 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 snabbspirometri 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 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. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Antal skriftliga behandlingsplaner vid KOL eller astma	0	2022-01-01	50 st	Medr ave	2022-12-31
<b>Indikator 2</b>	CAT-skattning hos ca 20 slumpvis utvalda patienter som fått behandlingsmeddelande		2022-01-01	Lägre poäng	Medr ave	2022-12-31
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med KOL och underhållsbehandling som varit på återbesök (PvQ: KOLo2A)	82,3%	2022-02-01	85%	PvQ	2022-12-31

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Vallentuna husläkargrupp	
Verksamhetschef Lena Roth-Lundin	Aktnummer (ifylles av HSF)

**Kommentar (valfritt):**

Indikator 1: vi märker ibland att Medrave inte lyckas fånga alla patienter med relevanta sökord. Nu i början går vi igenom manuellt och jämföra med Medrave. Stämmer det överens så går vi över på enbart Medrave.

Indikator 2: tänkbart att vi även kan ta patienter som inte fått meddelande som kontrollgrupp. Urvalet kan tyvärr bli lite skevt med tanke på att behandlingsmeddelande skrivs till de patienter som har stora problem och/eller där det hinns med under besöket. Kontrollgruppen kan därför skilja sig en del från behandlingsmeddelande-gruppen och det kan bli riskabelt att försöka tolka skillnader mellan dem. Kanske bättre då att mäta före-efter i behandlingsmeddelandegruppen.

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

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. 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:

[forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## **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.

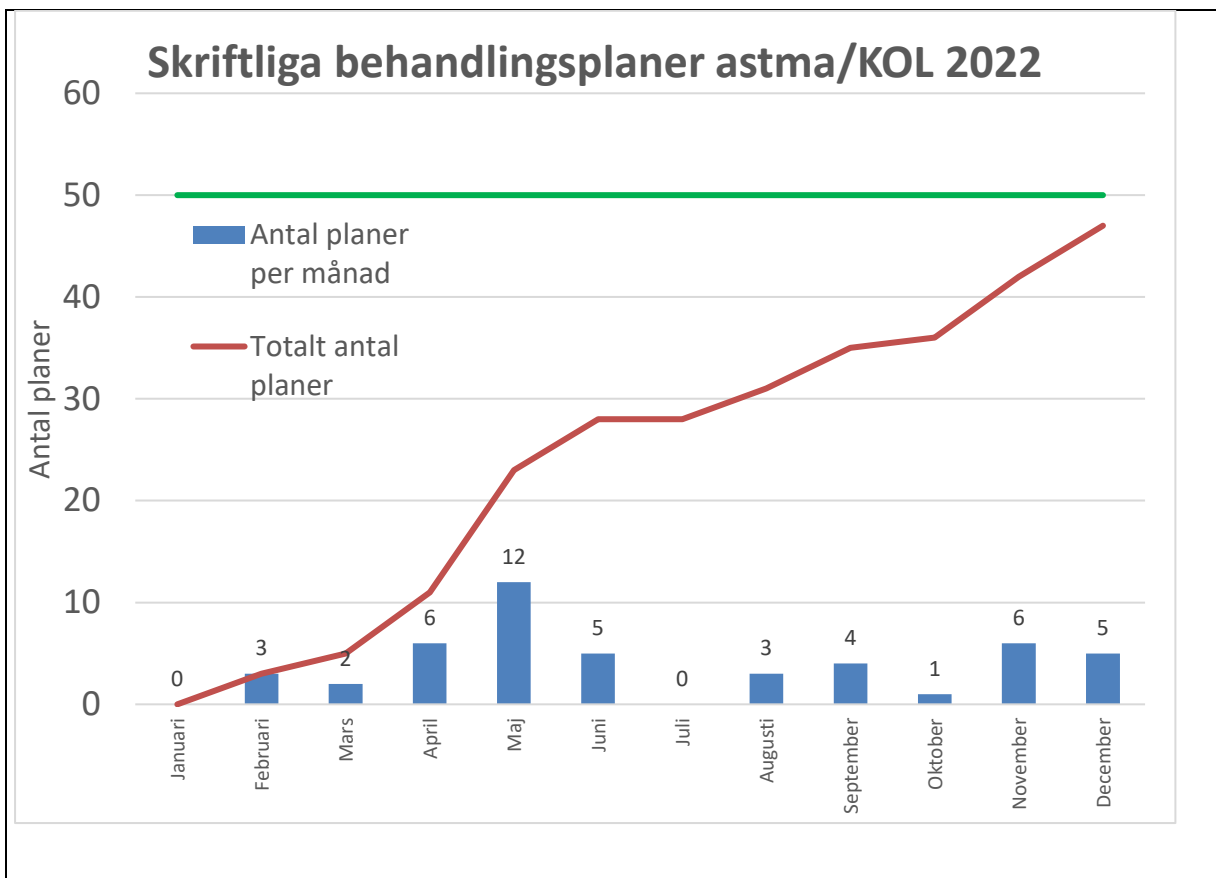
Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Vi började i liten skala men märkte tidigt att behandlingsplanerna var omfattande och tog mycket tid i anspråk att fylla i första gången. Därför blev det ett avbrott i början av året medan vi undersökte om det fanns enklare planer som ändå uppfyllde våra krav. Slutligen kom vi fram till att den mall som ligger i journalsystemet ändå är bäst att använda då den är lättillgänglig även för sköterskorna som inte är KOL-inriktade.

Vi har utvärderat antal ifyllda planer i ett diagram som redovisats för arbetsgruppen varje månad (se nedan). Att arbeta med tät återkoppling (gärna i diagramform) har varit till stor hjälp för att dels öka motivationen, dels reflektera och utvärdera de månader när vi skrivit färre planer.

Tyvärr har vi liksom många andra haft en hög arbetsbelastning i kombination med sjukfrånvaro under hösten och har behövt prioritera bland annat akutbesök framför årskontroller, och då har arbetet med behandlingsplaner fått stå tillbaka.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vallentuna husläkargrupp	
Verksamhetschef Lena Roth-Lundin	Aktnummer (ifylles av HSF)



#### 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 skriftliga behandlingsplaner vid KOL eller astma	0	2022-01-01	50 st	47 st	Medrave	2022-12-31
<b>Indikator 2</b>	CAT-skattning hos ca 20 slumpvis utvalda patienter som fått behandlingsmeddelande		2022-01-01	Lägre poäng	Se kommentar nedan	Medrave	2022-12-31

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vallentuna husläkargrupp	
Verksamhetschef Lena Roth-Lundin	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med KOL och underhållsbehandling som varit på återbesök (PvQ: KOLo2A)	82,3%	2022-02-01	85%	87,3%	PvQ	2022-12-31
--------------------	---	-------	------------	-----	-------	-----	------------

#### Övriga kommentarer:

Indikator 2 var tänkt som utvärdering om patienterna mår bättre efter att ha fått en behandlingsplan. Tyvärr hann vi bara med 9 KOL-patienter före midsommar. En av dessa har CAT-skattats även i slutet av året och låg då lägre (4 p från tidigare 7 p). Vi tror att det är för tidigt att utvärdera patienterna som fått sin behandlingsplan under hösten. Vi är mycket nyfikna på att utvärdera uppföljande CAT-skattningar men på grund av resursbrist så kommer vi att göra det vid nästa årskontroll. På liknande sätt kommer AKT-skattningar att jämföras för astmatikerna.

#### 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 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. Behandlingsplaner är mycket bra verktyg för att involvera patienterna i behandlingen. Det är en stor arbetsinsats i starten men vi tror att det kommer att bli mycket lättare vid nästa årskontroll när planen går igenom och uppdateras efter behov.

2. Hela arbetet har gått ut på att involvera patienterna i sin behandling. Vi har i patientmötena märkt att vissa frågor känns mer naturliga och användbara och andra som inte riktigt går att tillämpa lika praktiskt, här med en del synpunkter från patienthåll. Med ökad erfarenhet av behandlingsplanerna blir det lättare att lägga energi på rätt frågor.

3. Även om vi inte helt nådde vårt mål på 50 behandlingsplaner så har vi hittat ett arbetssätt som fungerar och uppskattas av både patienter och medarbetare. Vi känner oss nöjda och stolta över detta arbete och kommer att fortsätta med det framöver. I och med att en betydande andel av våra patienter fått behandlingsplaner kommer de att gå fort att uppdatera nästa år och ge utrymme för att skriva nya planer med andra patienter. Under de närmsta åren hoppas vi att de allra flesta patienterna har individuella planer.

#### 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 [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)