

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio Väsby VC	
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	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 forbattringsarbeten.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 del1 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.

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.**

*Nathalie Fredlund Lundroth*  
[nathalie.fredlundlundroth@capio.se](mailto:nathalie.fredlundlundroth@capio.se)

*Samira Tarokh Astma och KOL sjuksköterska*

*Kovistan Shahabi ST-läkare Capio Väsby Vårdcentral*  
[Kovistan.Shahabi@capio.se](mailto:Kovistan.Shahabi@capio.se)

*Gunilla Danielsson Bitr VC/distriktsjuksköterska Capio Väsby Vårdcentral*  
[Gunilla.danielsson@capio.se](mailto:Gunilla.danielsson@capio.se)

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio Väsby VC	
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	Aktnummer (ifylles av HSF)

*Fahimeh Lamian, specialist i allmänmedicin, verksamhetschef, Capio Väsby Vårdcentral, Fahimeh.Lamian@capio.se*

### **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.

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.

#### **Steg 1**

Väsby Capio Vårdcentral har i dags läget 9163 listade patienter på vårdcentralen, av dessa har 98 patienter diagnosen KOL. Detta betyder att endast 1,22 % av våra patienter har diagnosen KOL, Vi vet enligt forskning att ca 6 % av befolkningen i Sverige har diagnosen KOL. Enligt Hjärt-lungfonden finns det 500 000 – 700 000 patienter med KOL i landet.

På vår vårdcentral har vi högt CNI och socioekonomisk faktor ser ut så borde vi ha många fler patienter med diagnosen KOL. Målet med detta arbete är framförallt att diagnostisera fler patienter, så att vi erbjuda tid till vårt Astma/KOL team för relevant behandling. Samt att detta ska leda till bättre livskvalité för våra patienter.

Capio vårdcentral Upplands Väsby har tidigare inte kunnat erbjuda patienter screening med COPD-6-mätare (FEV1/FEV6). Vi vill kunna erbjuda patienter i målgruppen: >40 år samt om patienter röker eller tidigare har rökt, minst 10 paketår). Vår förhoppning med detta arbete är att reducera väntetiderna till spirometri samt få en snabbare inledande obstruktivitetsutredning. Mätning av lungfunktionen är en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande, vid obstruktion. Mätning av FEV1/FEV6 rekommenderas enligt socialstyrelsen vid nytillkomna luftvägssymtom, utan tidigare behandling hos vuxna samt som inledande screening av rökare och före detta rökare, med misstänkt obstruktion.

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

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

*KOL*

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

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio Väsby VC	
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	Aktnummer (ifylles av HSF)

Målet är att tidigt identifiera patienter med KOL.

**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.

- 1) *Vi vill förbättra screening av KOL för att hitta sjukdomen tidigt skede, detta för att minska risken för underbehandling och exacerbationer.*
- 2) *Vi ska öka antalet rådgivande samtal om tobaksbruk hos patienter som har en Kol diagnos och som är rökare.*
- 3) *Vi vill öka användningen av skattningsskalan CAT på patienter med KOL diagnos, för att utvärdera patientens upplevelse av sin livskvalité och utvärdera effekten av insatt behandling.*

**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 kommer under mars månad att starta ett copd6 FEV1/FEV6projekt för att screena alla patienter som varit rökare mer än 10 år, eller fortfarande är rökare. Aktuell ålder är över 40 år. Samtliga sköterskor, läkare samt receptionisten på mottagningen kommer att fråga pat. Sköterskor kommer ha en copd6 mätare tillgänglig. Vid avvikande värde får patienten i nästa steg en tid för spirometri. Spirometrin bedöms därefter av läkare. Astma / KOL sköterskor på mottagningen utför spirometri. Astma/ KOL sköterskor kommer att ha specifika spirometerdagar så att kunna utföra fler spirometri veckovis.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Väsby VC	
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	Aktnummer (ifylles av HSF)

- b. Utöver CAT formuläret som beskriver patientens upplevelse om sin Kol sjukdom, får patienten också svara på dessa? frågor:
1. Har du en personlig behandlingsplan med råd gällande egenvård? Om patienten svarar nej, så upprättas en i samråd med patienten vid besöket.
  2. Har du några förbättringsförslag gällande din vård och behandling ?

**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 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 snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	COPD6 ( FEV1/FEV6)	0 st	2022-02-22 – 2022-12-31	40 st	medr ave	T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	CAT	46%	2022-02-22 – 2022-12-31	60%	medr ave	T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>	Öka KOL diagnos	1,1%	2022-02-22 - 2022-12-31	1,3%	PVK	T.ex. dec 2022
<b>Indikator 4</b>						T.ex. dec 2022
<b>Indikator 5</b>						T.ex. dec 2022

**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 fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio Väsby VC	
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	Aktnummer (ifylles av HSF)

<p><b>Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.</b> 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. <b>Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.</b></p>
<p><b>Döp denna fil till:</b> Enhet tema år del 1 t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till: forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</p>

<h2><b>DEL 2 – Slutredovisningen</b></h2> <h3><b>(dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)</b></h3>
<p><b>A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?</b> 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.</p> <p>Tyvärr börjades det vårt arbete efter sommaren pga att vår Astma/ Kol SSKan gick på FL sedan maj månad. Två andra SSK på mottagningen tog över ansvaret för COPD6 och vi anställde en ny KOL, och astma SSK. De två sjuksköterskorna informerade personalen vid varje veckomöte och det dagliga morgonmötet att all personal ska fråga patienterna aktivt om rökning och deltagande i förbättringsarbetet. Vi utförde 40 st COPD6-mätning vilket vid analys visade att många av de hade ett värde över 0,73, därför bestämde vi att utöka antal personer till 58 st. Vi erbjuder även personer med andningsproblem som kunde tala för KOL att delta i projektet trots att de inte har rökt minst 10 paket om året. Av de 58 st hade 19 st FEV1/ FVE6 kvot på 0,73 eller lägre.</p> <p>Två av 19 hade redan KOL-diagnosen, vilket inte de hade informerat personal om vid deltagande. Resterande 17 pat erbjöds till spirometri. Tre av 17 patienter tackade nej för att utföra spirometri. De var inte längre intresserade för deltagande. Endast 14 personer utförde spirometri. 9 av dessa pat har fått Diagnosen KOL. 5 pat träffade Astma/KOL Sjuksköterskan och 4 har avbokat eller ombokat sina tider och de kommer att kallas under 2023. Detta betyder att 9 pat av 58 COPD6 deltagande fick diagnosen KOL dvs ungefär 15% av deltagande.</p>
<p><b>B. Resultat</b> Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (<b>klistra/kopiera in från steg 6 om ni vill</b>) samt <b>resultatet</b> och <b>datum/period</b> 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)</p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio Väsby VC	
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	Aktnummer (ifylles av HSF)

	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>	<i>COPD 6</i>	0	2022-02-22 – 2022-12-31	40	58	Manulle	T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	<i>CAT</i>	46%	2022-02-22 – 2022-12-31	60%	49%	Medrave	dec 2022,
<b>Indikator 3</b>	<i>KOL prevalens</i>	1,1%	2022-02-22 – 2022-12-31	1,3	1,05%	GUPS	dec 2022
<b>Indikator 4</b>	<i>Tobaksrådgivning</i>	0,54	2022-02-22 – 2022-12-31	Effekten av arbetet	3%	GUPS	dec 2022
<b>Indikator 5</b>	<i>Diagnosgraden Av KOL</i>	71,8%	2022-02-22 – 2022-12-31	Effekten av Arbetet	78,8%	GUPS	dec 2022

#### Övriga kommentarer:

Trots att vi har letat efter KOL pat har vår prevalens sjunkit till 1,05. Detta beror på att vi har listat många barn och unga i vc och utifrån data misstänker vi att detta är orsaken till sjunkande prevalens.

#### 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.

Däremot ser vi med hjälp av studien att vi aktivt har ökat andel patienter som genomgick spirometrin. Från 0 till 92 st under 2022.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio Väsby VC	
Verksamhetschef Fahimeh Lamian	Aktnummer (ifylles av HSF)

2.

*Även ser vi att vi har utökat diagnosgraden av KOL i vår mottagning i samband med förbättringsarbetet. Från 71,81 till 78:8% Dvs 7% förbättring.*

3.

*Vi ser även att vårt samtal om rådgivning för tobak har ökat från 0,54% till 3% under 2022. Förbättringsarbeten har även gjort att vi har granskat våra omhändertagande av KOL-pat samt att det vi ser är i behov av att arbeta mer aktivt med patienter som redan har diagnosen och fått exacerbationer. Utökat från 31%( under 2021) till 49% (under 2022). Detta resulterades i en genomgång av våra lokala rutiner och bokningsrutiner (uppdatering är på gång). Nästa steg är att vi inkluderar COPD6 i våra lokalrutiner för rökare. Detta innebär att vi kommer fortsätta med COPD6 mätningar som en del av vc arbete.*

*I samband med förbättringsarbetet frågar vår Astma- och KOL-sjuksköterska aktivt om utbildningsinsatsen för våra KOL patienter att kunna individuellt anpassa patienternas utbildning. Avseende läkemedel, teknik samt rökavvängning.*

*En annat förslag från pat har varit att de är i behov att lära sig andningstekniken därför en av våra USk deltog i APC- utbildning.*

*En annan lärdom är att patientavgiften har ökat för sjuksköterskebesök till 250 kr och visar att patienterna tycker att detta är en hög avgift och därmed avböjer ett besök hos sjuksköterska. Under förbättringsarbetet tackade patienterna nej till spirometrin och SSK-besök pga hög patientavgift. Visa av våra pat fick gå igenom utförande av undersökningar och besök utan att betala pats avgift. Kol-diagnos orsakar även behandling av dyra mediciner som vissa av patienterna inte har råd att köpa.*

**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.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se)