

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Familjeläkarna Barkarby

Verksamhetschef Catharina Allo

Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

del 1 och del 2: *ASTMA*

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.slso@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.

Ansvarig Ssk: Astma/kol ssk Inas Jabiny, inas.jabiny@famlak.se

Ansvarig Läkare: Akbar Ali Pour, specialist allmänmedicin doktorand akbar.alipour@famlak.se

I kvalitetsgruppen ingår även:

MAS Jenny Vikbladh, jenny.vikbladh@famlak.se

MAL Anika Fernando, anika.fernando@famlak.se

Allmänspecialist Ayat Mir Ali, ayat.mir.ali@famlak.se

Verksamhetschef Catharina Allo, catharina.allo@famlak.se

Kontaktperson Ansvarig läkare: Akbar AliPour, specialist allmänmedicin doktorand
akbar.alipour@famlak.se

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Familjeläkarna Barkarby

Verksamhetschef Catharina Allo

Aktnummer (ifylles av HSF)

--

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.

Av Sveriges befolkning har ca 40% någon form av allergisk sjukdom. 10% av svensken har en astma diagnos. Astma i sverige är den vanligaste kroniska sjukdomen bland barn och ungdomar.

I Sverige har omkring 800 000 personer astma. Astma innebär höga kostnader för hälso och sjukvårssystemet, liksom för samhället i form av arbetsmarknadsfråvaro. De årliga kostnaderna för personer med svårkontrollerad astma har uppskattats till 13,9 miljarder kronor 2013. Det årliga kostnaderna har uppskattats i en studie från 2018 till ca 63 000 kronor per patient.

Av miljö och kvalitetsrapporten för Familjeläkarna AB 2021 ser vi att vi på vår enhet i Barkarby ligger efter med vårt arbete kring våra astmatiker, mycket pga pandemin såklart men vi har sedan 5 år tillbaka haft större fokus på de övriga kroniska diagnoserna så som diabetes, hypertoni och Kol.

Vi har idag 873 patienter med diagnos astma och vår detektionsgrad var 34% vilket är sämre än regionsnittet på 46%. Detta vill vi självklart förbättra.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

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

Astma

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

Bättre vård till astma patienter, med ökning av detektionsgrad, till först och främst regionsnitt på 46% och samtidigt skapa en skriftlig individuell behandlingsplan med hjälp från socialstyrelsens riktlinjer

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 Familjeläkarna Barkarby

Verksamhetschef Catharina Allo

Aktnummer (ifylles av HSF)

Målet är att höja kvaliteten av vården för de patienter med diagnostiserad astma genom att kalla alla patienter till en årskontroll.

Vi skall ha kallat 100% av våra 873 astma patienter, 80% skall ha genomfört en årskontroll senast 31/12-2022

Använt screening med ACT

Antal ACT skall öka från 30% till 75% till den 31/12-2022

Återbesök till läkare sjuksköterska samt använda oss av vår rehabavdelning. Uppföljning skall vara baserat på ålder och sjukdomsgrad enligt socialstyrelsens riktlinjer (se den bifogade filen).

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 att dra ut diagnoslistor från Medrave för att kalla dessa patienter till en årskontroll samt även kontrollera mot Gups. Vi kommer att lägga upp patientlistor i TakeCare likt de listor vi använder för våra övriga kroniska sjukdomar. Efter att patienten varit på mottagningen så hamnar patienten på väntelista för nästkommande besök. På så sätt kommer vi att ha kontroll över våra patienter och vi får en lätt översikt på vilka som inte dykt upp och kan på så sätt öka kvaliteten och kontrollen.

Första mötet sker hos sjuksköterska. Är patienten välbehandlad blir den kallad nästkommande år till läkare. Är patienten obehandlad kommer den efter sjuksköterskebesöket få komma till läkare i nära anslutning till sjuksköterskans besök. Nästkommande besök och uppföljning skall vara baserat på socialstyrelsens riktlinjer (som varierar med ålder, sjukdomsgrad...)

I sjuksköterskebesöket jobbar vi även med motiverande samtal i ett hälsofrämjande syfte.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Familjeläkarna Barkarby

Verksamhetschef Catharina Allo

Aktnummer (ifylles av HSF)

b. Under besöket tar vi reda på vad som är viktigt för den enskilde individen genom att ställa öppna frågor kring patientens situation och önskad livskvalitet. Involvering från patienten kommer att ske genom motiverande samtal. Vi kommer även här att involvera oss i patienten genom att använda oss av vår rehabavdelning med fysioterapeuter, naprapat, arbetsterapeut och dietist samt även psykologteamet vid behov.

Patienten får vid besöket även information om uppföljning och en kontaktperson, sjuksköterska. Patienten ska få en förståelse av sin astmadiagnos och veta hur man ska identifiera och hantera t.ex. försämringsperioder. De får en strukturerad patientutbildning (inhalationsteknik, info om medicin, kost, motion, alkohol och tobaksanvändning) och en skriftlig behandlingsplan samt möjligheten att kontakta oss vid frågor.

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 processmåten, 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
Indikator 1	<i>Detektionsgrad</i>	34%	2022-01-01	46%	GUPS	2022-12-31
Indikator 2	<i>ACT</i>	30%	2022-01-01	75%	Medrave/GUPS	2022-12-31
Indikator 3						
Indikator 4						
Indikator 5						

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Familjeläkarna Barkarby

Verksamhetschef Catharina Allo

Aktnummer (ifylles av HSF)

Kommentar (valfritt):

Vi kommer att följa upp detta via Medrave och GUPS varje kvartal i vår tillsatta kvalitetsgrupp.

31/3

30/6

30/9

31/12

Vi kommer att synliggöra vårt resultat på APT samt info kommer att finnas på infotavla bakom receptionen.

Vårt mål är att i första hand inte missa patienter som är astma diagnostiserade och öka detektionsgraden. Därmed vill vi kalla alla patienter, men framtidens uppföljning och återbesök kommer att variera baserat på sjukdomsgrad, underhållsbehandling, ålder osv enligt socialstyrelsens riktlinjer och individuell plan.

Vi ser att det är stora skillnader mellan statistiken i Gups mot Medrave 873 jmf mot 443 som är listade på vårdcentralen med diagnos Astma. Vi kommer under den här perioden undersöka vad det beror på (ex fick diagnos från andra vårdgivare, fick recept utan insättning av diagnos, osv...)

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

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.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Familjeläkarna Barkarby

Verksamhetschef Catharina Allo

Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 1	<i>Detektionsgrad</i>	34%	2022-01-01	46%	48% (47.87%)	GUPS	2022-12-31
Indikator 2	<i>ACT</i>	30%	2022-01-01	75%	57%	Medrave	2022-12-31

Övriga kommentarer:

Vi har nått vårt detektionsgrads mål som låg på 46% där vårt resultat låg på 48% (404 patienter/844 patienter). Samtidigt ser man hur detektionsgraden i Stockholms län under ett år hade en liten förbättring från 46% till 49%. Vi utgick från den tidigare detektionsgraden som låg på 46% - baserat på del 1.

Angående indikator 2 se 3B under rubriken "Slutreflektion" och den bifogade Word filen.

Angående den individuella behandlingsplanen så har vi använt en modifierad version av astma behandlingsplanen (se den bifogade filen).

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- 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?
- 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

A. Att använda sig av Socialstyrelsens riktlinjer för uppföljning av astmapatienter är ett hjälpsamt och väl fungerande verktyg för kategorisering, prioritering och uppföljning av patienter. Tidiga besök och täta uppföljningar av patienter kan förändra deras sjukdomstillstånd. Vi bokade återbesök av några patienter (under 2022) hos läkare och SSK kollega för uppföljning, baserat på ACT, spirometri och Socialstyrelsens riktlinjer. Däremot har vi inte hunnit göra detta för alla som behöver en snabbare tid. Några patienter har återbesök under de 6 första månaderna i 2023, men det är alldeles för kort tid för att kunna utvärdera om vi lyckats uppfölja alla patienter som var/är i behov av tidigare besök.

B. Det går inte att "fånga upp" patienter från GUPS på individnivå baserat på deras personnummer, men när man är uppmärksam för astmapatienter och använder sig av Medrave leder det till att man automatiskt höjer detektionsgraden för GUPS.

C. För projektet behövs involvering från alla yrkesgrupper inom organisationen.

D. Man behöver tydliggöra personalens roll, rekommenderat en distriktsköterska och en läkare är ansvariga för astmapatienterna.

E. Man får inte glömma vikten av Spirometri under uppföljningarna. Vi hade två patienter med astma som var utan spirometri uppföljning senaste 5 år där en ny spirometri bekräftade diagnos av KOL.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Familjeläkarna Barkarby

Verksamhetschef Catharina Allo

Aktnummer (ifylles av HSF)

F. På besök hos astmasjuksköterska använde vi motiverande samtal. Vi upptäckte att detta var en viktig del av behandlingen och patientens egna involvering. Samtidigt är det svårt att uppfölja resultatet av motiverande samtal. Vi upptäckte att det behövdes ett mer strukturerat samarbete mellan rehab och andra yrkesgrupper på vårdcentralen och patienten.

2 Enligt våran förra plan (del 1) ska första patientens möte vara med en sjuksköterska. Under detta besök arbetar vi med motiverande samtal i ett hälsofrämjande syfte, vilket i sin tur leder till ett ökat deltagande av patienten i sin vård. Patienten uppmanades att använda våran rehab avdelning med fysioterapeuter, naprapat, arbetsterapeut och dietist, samt psykologteamet vid behov.

Som nämnt tidigare vid delmål 1 fick patienter vid besöket information om uppföljning och en sjuksköterska som kontaktperson. Syftet med detta var att patienten ska få förståelse om sin astmadiagnos och veta hur man ska identifiera och hantera ex försämringsperioder. Vid behov fick de en strukturerad patientutbildning (inhalationsteknik, info om medicin, kost, motion, alkohol och tobaksanvändning) och en skriftlig behandlingsplan samt möjligheten att kontakta oss vid frågor.

Vi fick positiv feedback från patienter om deras engagemang vilket ledde till att de ställde frågor. Ett exempel är när vi fick reda på att en del patienter inte visste en del om inhalatorn, vilket från vårdpersonalens sida kan uppfattas som väldigt lätt. Samtidigt fick vi även feedback från patienterna om exempelvis biverkningar av inhalatorn och/eller praktisk information relaterad till användningen av själva inhalatorn (som man därefter kan förmedla till läkemedelsföretag).

Patienternas ökade engagemang ledde till en bättre självrapportering vilket ger en jämförelse av subjektiva symptoms ändring över tid. Det behövs mer tid för att kunna jämföra detta och förhoppningsvis kommer vi kunna göra det under 2023.

Vi kan även lära oss från hur patientinvolvering har förbättrat vården bland astmapatienterna inom andra delar av verksamheten, exempelvis bland hjärtkärl sjukdomar.

3.

A. Vi ska uppfölja patienter enligt Socialstyrelsens riktlinjer för att kunna prioritera de patienter som behöver återbesök tidigare. Vi arbetar fortfarande för att göra en arbetsgrupp för tidig uppföljning av patienter.

B. Under 2022 låg vi på första plats i vårt område och var bland de bästa i Stockholm region (59.2% jämfört med 25.5%) när man räknar "andel patienter med astma och underhållsbehandling som varit på återbesök, alla professioner med kod A501A på Medrave"

Under denna period har vi ökat antalet patienter som fyllt i ACT från 30% to 57%. Men trots det har vi inte nått vårt mål som var 75%. Detta visar hur viktig roll kontinuitet under längre period (mer än ett år) har och vi tror att om vi skulle fortsätta på samma sätt så kommer vi att nå vårt mål.

C. Många astmapatienter som är under 18 år uppföljer ofta via BUMM, vilket därmed leder till att vårt kvalitativa resultat visar att vi bokat få patienter under 18 år för uppföljning. Det finns inget särskilt samarbete mellan BUMM och primärvården vilket gör att när en astma patient fyllt 18 inte får en remiss skickad till oss och därmed försvinner från våran statistik gällande uppföljning.

Socialstyrelsens rapport om en populationsbaserad studie har visat att endast en tredjedel av alla unga vuxna med astma sedan barndomen hade fått en uppföljning efter 18 års ålder. "Endast ett fåtal av dem hade hämtat ut astmaläkemedel regelbundet under samma period. Bristande astmakontroll innebär en ökad risk för exacerbationer och akutbesök, och även en påverkan på den hälsorelaterade

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn Familjeläkarna Barkarby

Verksamhetschef Catharina Allo

Aktnummer (ifylles av HSF)

livskvaliteten, för både ungdomar och unga vuxna.” Vi kommer att undersöka hur vi kan fånga upp denna grupp och hur vi kan skapa en bevakning lista.

D. Sjuksköterskorna behöver mer tid för diskussioner med patienter under motiverande samtal. Därefter måste man ha ett uppföljande samtal för att se hur patientens symtom och sjukdom/sjukdomar har förbättrats.

E. Astma sjuksköterskan hade en stor roll under förbättringsarbetet och i att kunna hjälpa oss nå vår detektionsgrad. Samtidigt behöver läkarna hjälpa till för uppföljning och återbesökstid då de inte hade tillräckligt mycket tid för att kunna skapa utrymme för astmapatienter.

F. Vårt mål var att baserat på resultatet av de motiverande samtalen och sjukdomsgraden skulle vissa patienter uppföljas via rehab teamet, men detta var något vi inte riktigt lyckades nå upp till. Vi lyckades inte remittera så många patienter till rehab teamet som vi hade velat. Oftast blev patienterna rekommenderade att själva boka tid och på grund av detta vet vi inte om patienten då bokad eller inte. För detta behöver vi en mer strukturerad metod, exempelvis att skicka remiss eller liknande för att underlätta uppföljningen.

G. Diskussion pågår angående uppföljning för en del patienter genom distans (videomöte).

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