

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Verksamhetschefens e-post katarina.gustner@regionstockholm.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Katarina Gustner
Profession: Verksamhetschef, sjuksköterska
E-post: katarina.gustner@regionstockholm.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• 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.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Tatiana Lobatcheva, specialistläkare allmänmedicin Zahra Farahany, distriktssköterska Jennifer Gonzalez, medicinsk sekreterare

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

B:

1. Genom att öka andel patienter som genomför skattning med CAT involvera patienten i sin vård och behandling
2. Fråga patienter om de har en individuell behandlingsplan med råd gällande egenvård. Om det saknas ska det upprättas i samråd vid patientbesök.

### **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>

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

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kronisk inflammation i luftvägarna och lungorna som förstör lungvävnaden och lungblåsorna. Andnöden vid KOL utvecklas långsamt, under många års tid. Besvären är kroniska, det vill säga ihållande. KOL drabbar främst äldre personer som röker eller som har rökt (Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL, Socialstyrelsen).

Enligt VISS.nu förekommer KOL hos ca 8–10 % av befolkningen. Hälften av de med KOL beräknas vara odiagnostiserade. Vid KOL begränsas patienternas fysiska kapacitet och deras livskvalité blir nedsatt. Patienterna upplever andnöd och har en ökad risk för att dö i förtid. Rökare eller före detta rökare drabbas i större omfattning. Tidig diagnostik är viktigt för att minska andelen svårt sjuka.

Spirometri ger värdefull information om förekomst av KOL och om sjukdomens svårighetsgrad. Mätning av lungfunktionen med spirometri är en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande vid KOL. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda FEV1/FEV6-mätning ("minispirometer") som inledande utredning till personer med misstänkt KOL och som röker eller har rökt. Mätmetoden används enbart i screeningsyfte och inte som diagnostisk metod. Vi har på vårdcentralen möjlighet till FEV1/FEV6-mätning men det genomförs sällan.

Vi ser i M4/PrimärvårdsKvalitet att förekomst av diagnos för KOL på vårdcentralen är 1,4 % dvs 110/8016 listade patienter som fått diagnosen någon gång de senaste fem åren.

I översiktssyn för KOL i M4 ser vi att mellan 2023-01-01-2023-12-31 har diagnosen KOL (J449) registrerats för 67 patienter.

Rökvanor har dokumenterats på 66 % (44 patienter) varav 18 % (8 av 44 patienter) har dokumenterats som rökare. 0 % har erbjudits rökavvänjning. Skattningsformuläret CAT har dokumenterats för 3 % (2 av 67 patienter).

I M4/PrimärvårdsKvalitet ses att andel patienter med KOL som har dokumentation om tobaksbruk någon gång de senaste fem åren är 79,1 % (136/172 patienter). Däremot har bara 5,3 % (1/19) patienter med ny diagnos KOL genomfört spirometri och 0 % andel rökare med KOL (0/27 patienter) har genomfört spirometri senaste 18 månaderna. 4 % (2/50) patienter med diagnos KOL och underhållsbehandling har gjort ett 6-minuters gångtest på vårdcentral.

Vi har diskuterat om det kan finnas en underrapportering av diagnosen KOL på vårdcentralen? Eller upptäcker vi inte patienter med KOL för att vi inte uppmärksammar besvären? Kan det vara så att dokumentationen inte sker under sökord i journalen och på så vis inte redovisas i M4: s statistik?

Vi vill förbättra våra rutiner för att hitta patienter med KOL i ett tidigt skede i syfte att minska risken för underbehandling och svår sjukdom. På sikt kan detta leda till bättre livskvalité för patienterna.

### 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.

Vi har valt KOL som förbättringsarbete.

### Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

#### Formulera här era mål:

1. Vi vill öka antal patienter med KOL- diagnos
2. Vi vill öka andel patienter med KOL- diagnos som genomfört spirometri, både rökare och icke-rökare
3. Vi vill öka andel rökare som erbjuds rökavvänjning
4. Vi vill öka användningen av skattningskalan CAT på patienter med KOL i syfte att utvärdera patientens upplevelse av sin livskvalité och utvärdera effekten av insatt behandling

### 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-forbattningstrappa/>

### 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: Kompetensen om KOL och omhändertagande av patienterna har minskat i samband med att astma-KOL-mottagning upphörde

1.1: Gemensam utbildning om KOL till alla medarbetare  
1.2 Genomgång av aktuellt vårdprogram

2: Kompetens om FEV1/FEV6-mätning

2.1: Utbildning till medarbetare

saknas	2.2: Skapa lathund för användning av FEV1/FEV6-mätning 2.3: Gemensam dialog på APT & professionsmöten med läkare och omvårdnadspersonal
3: Rutiner för omhändertagande av KOL-patienter är inte aktuella/saknas	3.1: Arbeta fram gemensamma rutiner för KOL-patienters omhändertagande 3.2: Säkerställa att dokumentation sker enligt journalmall 3.3: Gemensam dialog på APT & professionsmöten med läkare och omvårdnadspersonal

### 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-forbattningstrappa/>

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 snabbspirometri 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medr-ave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Öka antal patienter med diagnos KOL	67 st	2024-02-28	150 st	Medr-ave	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Öka andel spirometri för patienter med ny KOL-diagnos	5,3 %	2024-02-28	40 %	Medr-ave	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Öka andel spirometri för rökare med KOL-diagnos	0 %	2024-02-28	40 %	Medr-ave	2024-12-31
<b>Indikator 4</b>	Öka andel rökare som erbjuds rökavvänjning	0 %	2024-02-28	50 %	Medr-ave	2024-12-31
<b>Indikator 5</b>	Öka användningen av skattningsskalan CAT på patienter	3 %	2024-02-28	25 %	Medr-ave	2024-12-31

**Kommentar (valfritt):**

För diagnosen KOL (J449), rökvanor och CAT har vi hämtat data från

M4/Rapporter/Sjukdomar/KOL/Översikt

För andel KOL-patienter med dokumentation om tobaksbruk och andel genomförda spirometrier har data hämtats från M4/Rapporter/Primärvårdskvalitet/Område/Kroniska sjukdomar/KOL/Alla indikatorer.

**Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)**

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-forbattningstrappa/>

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 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?

Vi kommer att börja med en utbildningsinsats gällande KOL, intern eller extern, för alla medarbetare. Verksamhetschef planerar detta under våren.

Därefter planerar vi en gemensam diskussion om dokumentation och framtagande till rutin kring det. Medicinskt ledningsansvarig läkare kommer att bistå med rådgivning.

Vi har som föresats att öka screening med FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub>-mätning vilket kräver en utbildningsinsats.

Om det finns möjlighet att få data via Medrave kan vi framöver besluta att mäta detta.

Vi kommer att mäta våra resultat i Medrave månadsvis.

Redovisas på APT och professionsmöten för läkare och omvårdnadspersonal.

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

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

**t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1"** utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@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. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi började med att i början av 2024 beskriva Förbättringsarbete 2024 för alla medarbetare på APT och gå igenom de indikatorer som vi valt att mäta.

Vi uppmärksammade att behovet av kompetensutveckling ang. KOL var stort.

Intern utbildning ledd av vår ledningsansvariga läkare om KOL och gällande vårdprogram hölls för alla medarbetare på APT.

Vi valde också KOL för STRAMA: s självdeklaration och journalgranskning. Den gemensamma diskussionen vid genomgången var mycket konstruktiv och var ytterligare ett bra utbildningstillfälle.

För att kunna öka FEV1/FEV6-mätningarna måste det vara lätt att utföra och vi insåg att vi hade för få mätare. Efter att vi beställt fler finns det nu på alla läkarrum. Vi har diskuterat om det även ska införskaffas till alla distrikts-och sjuksköterskor också men inget är beslutet än.

Vi har tagit fram en lathund hur FEV1/FEV6-mätarna fungerar och vad som är viktigt att tänka på vid utförandet.

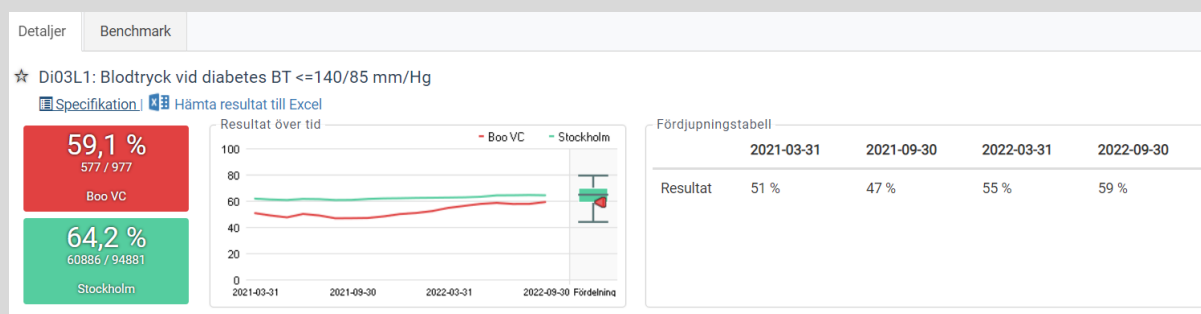
Vi har tagit fram rutin för användningen av FEV1/FEV6-mätningar så att det blir tydligt vilka patientgrupper som gäller. I rutinen ingår också dokumentation enl. mall samt att fråga om samtycke till deltagande i Luftvägsregistret för att öka rapporteringen till registret. På läkarmöte har vi gemensamt gått igenom mallen i Take care för dokumentation

En av våra medicinska sekreterare har visat alla medarbetare hur vi hittar formuläret för CAT och gått igenom hur vi kan tillse att patienterna får det vid besök på vårdcentralen.

Verksamhetschef har regelbundet följt upp resultaten via Medrave men det har varit väldigt små förändringar under året. Någon specifik statistik har därför inte tagits fram. Resultaten har gått genom muntligt regelbundet på APT.

## 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:**



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Öka antal patienter med diagnos KOL	67 st	2024-02-28	150 st	83 st	Medrave	2024-12-31
<b>Indikator 2</b>	Öka andel spirometrier för patienter med ny KOL-diagnos	5,3 %	2024-02-28	40 %	5,6 %	Medrave	2024-12-31
<b>Indikator 3</b>	Öka andel spirometrier för rökare med KOL-diagnos	0 %	2024-02-28	40 %	0 %	Medrave	2024-12-31

<b>Indikator 4</b>	Öka andel rökare som erbjuds rökavvänjning	0 %	2024-02-28	50 %	40 %	Medrave	2024-12-31
<b>Indikator 5</b>	Öka användningen av skattningsskalan CAT på patienter	3 %	2024-02-28	25 %	7 %	Medrave	2024-12-31

#### Övriga kommentarer:

Vi har förbättrat våra resultat men inte uppnått våra mål. De var dock optimistiskt högt satta och sett i efterhand mycket svåra att nå.

Att dra lärdom till nästa förbättringsarbete kan vara att sätta mer realistiska, nåbara mål.

Ett bifynd som gjordes var att vi i Medrave såg att många patienter (> 200 pat.) inte blivit tillfrågade, eller nekat, deltagande i Luftvägsregistret.

Ser vi till NDR är det endast 2 patienter som inte blivit tillfrågade, eller nekat, deltagande i registret.

En orsak till detta kan vara att vi saknar astma-KOL-sköterska medan vi har väl utarbetade rutiner och ett välfungerande diabetesteam bestående av en specialistläkare och en diabetessköterska.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi lärde oss att trots att KOL är en vanligt förekommande diagnos var det en något eftersatt patientgrupp. Patienterna kallades för årskontroller men oftast i samband med annan diagnos, KOL kom oftast i andra hand som bidiagnos.

Det fanns ett behov av kompetensutveckling och av att gå igenom GOLD och CAT.

Vi uppmärksammade att det är viktigt att sätta korrekta diagnoser för att undvika fel i statistiken.

Medarbetarna har nu en större kunskap om vad KOL-exacerbation är och hur det ska behandlas.

Ökad kunskap om KOL har förstärkt triageringen i TeleQ och förtydligat när patienterna ska erbjudas en akut tid samt hur viktigt det är att uppföljande besök bokas in.

Vid dokumentation har vikten av att fråga om rökvanor, andningsfrekvens och saturation lyfts fram.

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?

Med hjälp av CAT-formuläret har vi involverat patienterna och på så vis försökt öka deras känsla av delaktighet.

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.

Medarbetarna har nu en ökad kompetens om patientgruppen och vi kommer fortsätta med intern utbildning för medarbetargruppen och följa upp journaldokumentationen ang. patienter med KOL. KOL-patienter kommer sättas upp på väntelistan så att de får den uppföljning tex spirometri som behövs.

Rutinen som vi har tagit fram för användningen av FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub>-mätningar, dokumentation samt fråga om samtycke till deltagande i Luftvägsregistret är inte implementerad än. Det arbetet kvarstår.

Vi har inte hunnit ta fram rutin hur vi ska öka antalet patienter som får formuläret CAT, både i samband med kallelse till besök som under besök. Vi har för avsikt att ta fram en rutin under 2025.

Vi kommer se över alternativet att en sjuksköterska kompetensutvecklas med spirometrikörkort och att vårdcentralen börjar utföra spirometri i egen regi.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**

**t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2"** och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

**Bilagor** sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.