

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: **KOL**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Bollmora Vårdcentral	
Verksamhetschef Magnus Redin	Verksamhetschefens e-post Magnus.redin@regionstockholm.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

Bollmora VC KOL 2024 DEL 1

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Dana Jasem
Profession: ST-läkare Allmänmedicin
E-post: Dana.jasem@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">Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.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.Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Dana Jasem, ST-läkare, teamledare Linda Ångeby, Specialist Allmänmedicin och MLA Jenny Frigell, Astma/KOL-ssk Karin Gambetta, Astma/KOL-ssk

Anna Fritzon Jellinek, usk

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

B: Fråga patienter med KOL vilket stöd de skulle önska från en Astma/KOL-mottagning.. Frågan kan ställas antingen vid KOL-uppföljningar och/eller genom att skicka ut frågeformulär till alla KOL-pat på vårdcentralen.

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?

Vi vet att KOL är en kronisk obotlig sjukdom som ger stort lidande och genererar höga samhällskostnader. KOL orsakar 3% av sjukdomsborndan i Stockholms län. Vi vet också att rökning är en välkänd och stark riskfaktor till utvecklingen av KOL. Ca 50% av rökare utvecklar KOL någon gång i livet. Prevalensen i Stockholm uppskattas vara 5,2% bland 65-84 åringar och 6,9% hos äldre(>84 år, år 2021). Samma år har 1,3% av befolkningen i Stockholm en KOL-diagnos. Det föreligger således en enorm underdiagnostik av KOL. Vi har 11119 listade patienter varav 196 (1,8%) med KOL-diagnos. Således föreligger en underdiagnostik hos oss också.

Genom tidig upptäckt och diagnostik samt regelbundna KOL-uppföljningar kan vi förbättra prognosen för våra patienter. Vi vill diagnosticera fler och tidigare i förloppet och tänkte försöka uppnå detta genom att förbättra screeningen av KOL på vår vårdcentral. Dessutom har vi avsikt att införa regelbundna uppföljningar av våra KOL patienter likt uppföljningar som diabetes och hypertoni-patienter får. Med en mer organiserad KOL-mottagning kan vi erbjuda bättre vård, utbildning och stöd till våra KOL-patienter och på så sätt göra dessa patienter mer delaktiga och inge känsla av ökad kontroll över deras hälsa.

I dagsläget har vi ingen organiserad KOL-mottagning på vår vårdcentral. Vi har en färdigutbildad Astma/KOL-sköterska och en sjuksköterska under utbildning som blir klar efter sommaren 2024. Våra aktuella resurser för att komma igång med en KOL-mottagning är begränsade men vi har börjat med att sätta ihop ett team och påbörjat planering och utformning av en framtida KOL-mottagning som vi hoppas kunna komma igång med ordentligt om ett år.

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.

KOL

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:

Då det föreligger en underdiagnostik är vårt mål att öka prevalensen genom att diagnosticera fler och gärna tidigt i förloppet dessutom för att kunna förbättra prognosen för våra patienter.

Detta tänkte vi försöka åstadkomma genom screening med hjälp av COPd-6. De som faller ut i testet bokas in för spirometri. På så sätt kan vi selektera fram patienterna som ska prioriteras för spirometri och reducera väntetiderna till undersökningen och därmed också tiden till diagnos och behandling. I dagsläget remitteras alla patienter med kroniska luftvägssymtom till Astma/KOL-ssk för spirometri och våra väntetider är således långa.

I vårt förbättringsarbete kommer vi implementera en strukturerad rutin för KOL screening, uppföljning och dokumentation. Vi kommer utbilda läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i användningen av COPd-6. Vi har avsikt att sätta upp affischer i receptionen och väntrum med uppmaning till patienter att själva be om COPd-6 screening om patienten är >40år och rökare eller före detta rökare (10 paketår).

Vi planerar dessutom utöka timmarna avsatt för våra KOL-ssk att arbeta med Astma/KOL-mottagningen. Detta tillsammans med bättre prioritering av våra spirometrier kommer ge mer tid till att följa upp och förbättra vården för våra KOL-patienter. Just nu finns inte tillräckligt med tid eller ett organiserat arbetssätt för att ta hand om våra KOL-patienter.

Vi tänker att vi kan följa CAT för att se om våra KOL-patienter mår bättre efter vi gjort våra interventioner.

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: Ingen organiserad KOL-mottagning

1.1: Starta en KOL mottagning, drivs av ssk, med stöd av ansvarig astma/KOL-läkare
1.2: Årskontroller med CAT hos ssk. Om CAT>12 koppla in läkare för bedömning/optimering av behandling.

2: Bristande användning av COPD6 pga saknas kunskap och utbildning bland personal.

2.1: Organisera utbildning för användning av COPD6 till personal så fler är bekväma med att göra COPD6-mätningar.
2.2: Sätta upp affischer i väntrum/reception för att uppmärksamma pat >40 år som röker/tidigare rökt(10 paketår) att själva fråga om att få göra COPD6-mätning

3: Saknas resurser i form av timmar avsatt för att arbeta med KOL-patienter

3.1: Pågående fortbildning av ssk och läkare inom ämnet astma/KOL för att utöka kompetensen på vårdcentralen.

I dagsläget har våra två ssk som arbetar med detta sjukdomsområde uppskattningsvis gemensamt 6h/v avsatt för både Astma och KOL. Det är uppskattat att behövas ca 20h/v avsatt för att driva enbart en KOL-mottagning som uppfyller socialstyrelsens nationella mål. Genom att utöka timmar/v för att bedriva Astma/KOL-mottagning kan vi åtminstone komma lite närmare vårt mål

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 snabbspirometrier 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.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet

Indikator 1	<i>Antal COPD6</i>	0	2024-02-22	2 st/vec ka, totalt 100st	Lokal Rapport*	2025-01-01
Indikator 2	<i>Prevalens KOL</i>	1,7%	2023-12-31	2,2% (50 pat till)	Medrave	2025-01-01
Indikator 4	<i>Dokumenterad CAT</i>	36,3%	2023-12-31	50%	Luftvägsregistret	2025-01-01
Indikator 5	<i>Andel med hög CAT (>18)</i>	30,6%	2023-12-31	20%	Luftvägsregistret	2025-01-01

* Insidan SLSO-> Mitt arbetssätt ->Statistik och uppföljning -> Generell rapport -> fördelning på behandlare och sökord -> FEV1/FEV6, förenklad lungfunktionsmätning.

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 blev 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 ska skapa ett team bestående av en ansvarig läkare, två Astma/KOL utbildade sjuksköterskor och en usk som kommer sköta Astma/KOL-mottagningen. Som en del av denna mottagning planerar vi införa Astma/KOL-ronder mellan ansvarig läkare och Astma/KOL-ssk.
- Vi ska gå igenom våra listor och ta fram alla våra KOL-patienter och se över när de senast följdes upp, vilken behandlingsregim de har samt hur de skattade sitt mående (CAT).
- Vi ska ta fram affischer som ska sättas upp i väntrum och vid receptionen för att uppmärksamma patienter om KOL och uppmana de som redan har KOL men inte följts upp på länge, samt patienter som inte har KOL men är rökare/har rökt att kontakta oss för uppföljning/bedömning.
- Vi ska utöka våra resurstimmar avsatta till Astma/KOL-mottagningen för att fria tid till KOL-uppföljningar. Sköterskorna ska gå igenom våra listor och börja kalla alla KOL-patienter som saknar uppföljning senaste 1-2 åren/är fel eller underbehandlade för uppföljning.
- Vi ska skapa en rutin gällande KOL (screening, uppföljning och dokumentation)

- Ambition att på sikt ge våra patienter Individuell skriftlig behandlingsplan för att göra dem mer delaktiga i sin egen vård

Ovan interventioner planeras ske mellan Mars 2024 – December 2024

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

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 kom först igång ordentligt med våra interventioner efter sommaren då flera utav oss var i olika perioder iväg på utbildningar och det var svårt att få till planering och uppföljnings-möten schemamässigt.

Vi har skapat och kommit igång med vår Astma/KOL-mottagning. Vi har infört Astma/KOL-ronder 1ggr/varannan vecka och utefter behovet kan komma att förändra tillgängligheten av dessa ronder.

Efter sommaren förbättrade vi tillgängligheten genom att utöka antalet timmar/vecka avsatt för Astma/KOL-mottagningen från 6h/v till 15h/v. Astma/KOL-sjuksköterskorna har tagit fram listor på våra KOL-patienter och skapat en väntelista. De tar kontinuerligt fram de patienter som saknar uppföljning, skattar högt på CAT samt har fel behandling (behandlingsregimen för KOL har förändrats genom åren och många står fortfarande kvar på Symbicort istället för LAMA/LABA eller trippelbehandling).

Vi har dessutom förbättrat tillgängligheten för spirometri från tidigare 6-8 månaders väntetid till idag en månad väntetid.

Vi har skapat en rutin för KOL som kontinuerligt uppdateras. I denna rutin finns information om våra interventioner:

1. Screening med COPD6 och remittering till spirometri
2. Rutiner vid nydiagnosticerad KOL för att försäkra oss om att dem kommer med i en väntelista för KOL-uppföljning.
3. Vad som ingår i KOL-uppföljning
4. Dokumentation i journal för att kunna följa utvecklingen
5. Patientutbildning; KOL-skola och Individuell skriftlig behandlingsplan.

Vi har startat en kvalificerad KOL-skola på Bollmora Rehab med start 2025. Utbildningen innefattar grundläggande kunskap om KOL under 4 olika tillfällen. Syftet med utbildningen är att ge kunskap

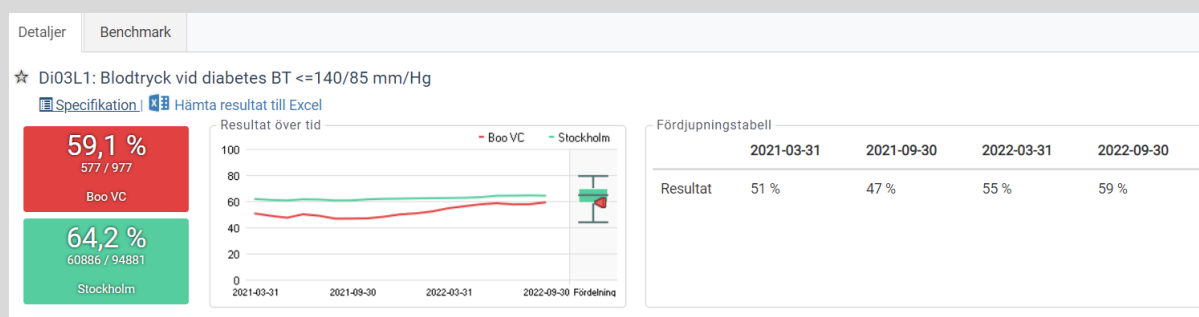
om sjukdomen, trygghet i vad man kan göra själv, när man behöver söka hjälp samt motivation att förändra sin livsstil för att må så bra som möjligt med KOL.

Vi har inte hunnit komma så långt i vår planering att involvera patienternas synpunkter/önskemål gällande sin vård. Vi har avsikt att ta fram affischerna vi nämnt samt inhämta information från patienterna vid deras KOL-uppföljningar.

Vi har inte heller startat med individuell skriftlig behandlingsplan, men patienterna blir informerade på sina besök att kontakta vårdcentralen vid KOL-exacerbation för uppföljning.

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:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal COPD6	0 st	2024-02-22	2 st/vecka, totalt 100st	16 st	Lokal rapport*	2025-01-01
Indikator 2	Prevalens KOL	1,7%	2023-12-31	2,2%	1,9%	Medrave	2025-01-01
Indikator 3	Dokumenterad CAT	36,3%	2023-12-31	50%	55,1%	Luftvägsregistret	2025-01-01
Indikator 4	Andel med hög CAT (>18)	30,6%	2023-12-31	20%	23,5%	Luftvägsregistret	2025-01-01

* Insidan SLSO-> Mitt arbetssätt -> Statistik och uppföljning -> Generell rapport -> fördelning på behandlare och sökord -> FEV1/FEV6, förenklad lungfunktionsmätning.

Övriga kommentarer:

Tittar vi på *lokal rapport* så kan vi se liknande siffror vad gäller förbättringen i dokumenterad CAT senaste året samt andelen med hög CAT (även om vi tittar på CAT<10 i *lokal rapport*)

Enl *lokal rapport* har dokumenterad CAT ökat från 32,3% 2023-12-31 till 53,4% 2025-01-01 med totalt 49 st fler KOL patienter med dokumenterad CAT senaste året.

Andelen med CAT<10 förbättrades från 26,7% 2023-12-31 till 29% 2025-01-01.

Notera att det tog längre tid att komma igång med interventionerna än beräknat, men när vi väl var igång i augusti har vi gjort ca 1 COPD6-mätning i veckan.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det har blivit mer tydligt hur viktigt det är med en fungerande KOL-vård med tanke på hur stor morbiditet och mortalitet KOL står för. Förbättringsarbete kräver uppföljning av uppnått resultat med jämna mellanrum samt rätt forum för att förmedla inblandade om hur mätningens resultat ser ut. Detta gör att arbetet inte hamnar i glömska bland andra konkurrerade intressen. Det är mycket mer motiverande och lärorikt att göra förbättringar på ett systematiskt arbetssätt så som detta eftersom det skapar förutsättningar för att utvärdera och diskutera interventionerna som införts. En viktig förutsättning för att kunna följa och utvärdera är att det finns en konsensus gällande dokumentation i journal såsom att använda särskilda sökord och rutiner för dokumentering av parametrar av intresse som berör KOL. Hur detta ska göras kommer uppdateras i vår rutin om KOL.

KOL är en sjukdom som inte sällan glöms bort av både vårdgivare och patienter och det är uppenbart att kunskapen om KOL varierar. Då det är ett av de största hälsoproblemen i samhället så finns det behov och intresse för fortbildning för vårdgivare och patienter kring sjukdomen.

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?

Vi har som tidigare nämnt inte lyckats involvera våra patienter i förbättringsarbetet som vi avsåg att göra, men det finns ambitioner och planer för detta i framtiden.

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.

Vi kan se att våra interventioner har lett till förbättring i vården vi kan erbjuda våra KOL-patienter och deras hälsa. Exempelvis har vi gått om genomsnittet i Stockholm region vad gäller uppföljning inom 6 veckor efter KOL-exacerbation (2024-04-30 Stockholm 47,1%, Bollmora vc 38,5%, 2024-12-31 Stockholm 48,4%, Bollmora vc 52,9%). Detta är troligen ett resultat av införandet av KOL-uppföljningar och patientinformation om att uppsöka vårdcentral efter KOL-exacerbation.

Vi ligger under genomsnittet i Stockholms region avseende patientutbildning (10,9% vs 20,8% i hela regionen) men har pågående arbete att förbättra dessa siffror och förhoppningsvis gå om regionen i slutet av år 2025. Detta tänker vi att vi ska uppnå med den nystartade KOL-skolan på Bollmora Rehab samt införandet av Individuell skriftlig behandlingsplan.

Vi kommer såklart fortsätta driva och utveckla vår Astma/KOL-mottagning och fortsätta med interventionerna som införts så länge statistiken visar på förbättring.

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.siso@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.