

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Katarina Bangata vårdcentral KOL 2024 del 1

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Doktor.se Katarina Bangata vårdcentral

Verksamhetschef

Joana Kenwood

Verksamhetschefens e-post

Joana.kenwood@doktor.se

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 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.**

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..**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Maria Orue Guillen (**slutat**)

Profession: Specialistläkare i allmänmedicin

E-post: maria.orue.guillen@doktor.se

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- 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 sidotjänstgöring, 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A:

Anders Hellström, läkare (slutat)

Anna-Maria Johansson, distriktssköterska (slutat)

Maria Klaesson, sjuksköterska

Jennie Björkman, undersköterska

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

B:

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?

Det tar ofta mellan 15-20 år att utveckla KOL pga diffusa symptom som knappt är märkbara för patienten. Ofta får patienterna sin diagnos alldeles för sent och behovet av tidigare diagnos och behandling bör prioriteras.

Vi ser idag att vi har en låg prevalens gällande KOL, i dagsläget motsvarande 0,3 %. Genom att screena patienter med COPD-6 mätare kan flera patienter fångas upp och erhålla korrekt diagnos och behandling.

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.

Tidig diagnostik och handläggning av KOL.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Ökad diagnostik och att patienterna ska få korrekt stöd och 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/verktyslada-forbattringstrappa/>

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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Ny mottagning

1.1:
1.2:
1.3:

2: Frågar inte tillräckligt angående rökning

2.1: Fråga ang rökning till alla > 50 år som söker
2.2: Sökorsak hosta eller ÖLI
2.3: Använda formulär gällande levnadsvanor

3:

3.1:
3.2:
3.3:

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/verktyslada-forbattringstrappa/>

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 "balanserande 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 patienter med diagnos KOL</i>	<i>10 st</i>	<i>20240301</i>	<i>20 st</i>	<i>MedRave angående KOL-diagnos (J44)</i>	<i>20241231</i>
Indikator 2	<i>Antal COPD6-mätningar på patienter över 50 år som röker</i>	<i>0 st</i>	20240301	<i>50 st</i>	<i>FEV1/FEV6 förenklad lungfunktionsundersökning i TC genom användning av KVÅ AG003-annat specificerat andningsprov</i>	<i>20241231</i>
Indikator 3	<i>Rökvanor, registrerat sökord</i>	<i>6st</i>	<i>20240301</i>	<i>20 st</i>	<i>Medrave</i>	<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2024</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2024</i>

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.

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-forbattringstrappa/>

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 tänk? 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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

- Utbildning av personal gällande COPD6-mätning.
- Efterfråga rökning på besök hos läkare och sjuksköterska.

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)

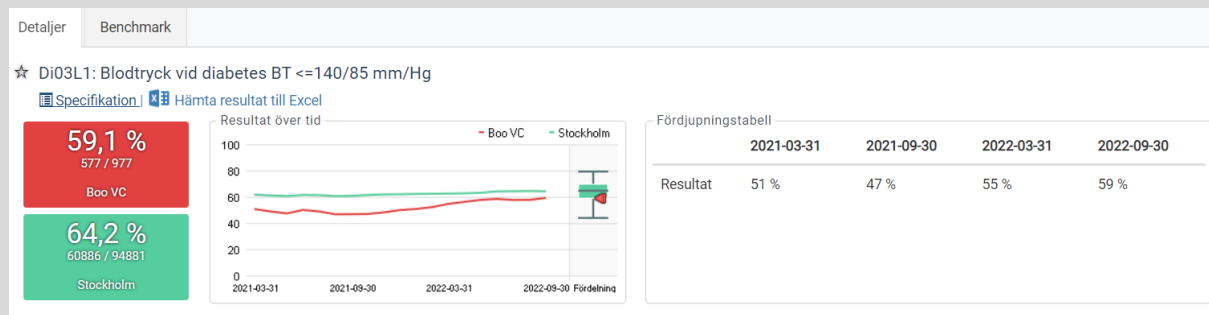
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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 har infört rutinen att skicka webbformulär Levnadsvanor till alla patienter som kommer på årskontroller oavsett diagnos, och på alla patienter som söker för långvarig hosta > 3 månader och alla rökare. Vi har även utvecklat ssk-mottagningar, ffa livsstilsmottagning och ökat kompetensen inom ssk-gruppen (MI utbildningar, spirometrikörkort, diabetes, allergi). COPD6-mätning hade inte införts när undertecknad tog över som verksamhetschef. Det fanns varken rutin eller arbetssätt och denna indikator har inte kunnat följas upp/utvärderas i detta projekt.

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:**



	Indikatorerna mn 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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal patienter med diagnos KOL	10 st	20240301	20 st	21st	Medrave	250123
Indikator 2	Antal COPD6-mätningar på patienter över 50 år som röker	0 st	20240301	50 st	0 st	Medrave	250123
Indikator 3	Rökvanor, registrerat sökord	6st	20240301	20 st	21 st	Medrave	250123
Indikator 4							T.ex. dec 2024
Indikator 5							T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

Vi har nu dubblat andel KOL patienter som har fått diagnos på mottagningen och alla har tillfrågats om rökning.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det är viktigt att planera och skapa tydliga rutiner för att kunna implementera ett nytt arbetssätt, såsom att göra COPD6-mätningar på alla rökande patienter över 50 åå. Vi har lärt oss att införa enkla rutiner som alla medarbetare får ta del av, kan ha en stor påverkan på patientens hälsa. Genom att ge blanketten om levnadsvanor till alla kroniker, alla med kronisk hosta och rökare har vi kunnat upptäcka flera KOL patienter.

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?

Att göra det lätt för patienten att vara delaktig i sin hälsa samt att erbjuda olika digitala lösningar för att samla data, t ex via webbformulär i Take Care.

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 har nu två ssk som har spirometrikörkort och vi har all utrustning på mottagning för att göra spirometrier. Vi har infört väntelistor för att kalla patienter med Astma/KOL årligen för spirometri samt är vi frikostiga med att erbjuda spirometriundersökning till alla patienter med kronisk hosta > 3 månader, rökare, > 50 åå. Vi har även förbättrat vår kallelse till spirometriundersökning med information om förberedelser samt hur undersökningen går till.

Vi kommer att fortsätta kartlägga levnadsvanor årligen på dessa patientgrupper.
Vi kommer inte att använda COPD-6 mätning som indikator eftersom vi har tillgång till egna spirometrier.

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
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.