

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA:KOL.....

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Gustavsbergs VC	
Verksamhetschef Jacob Andersson Emad	Verksamhetschefens e-post Jacob.andersson- emad@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>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Ulrika Engström
Profession: ST-läkare
E-post: ulrika.a.engstrom@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> <p>A: Emma Ouchterlony, Astma/KOL-ssk och Tina Grape Viding Astma/KOL-ssk.</p>

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

Vi har inte involverat patienter i utformningen av arbetet.

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 vill öka antalet KOL-diagnoser på Gustavsbergs VC vi ligger nu på Stockholmsnittet 1,4 % men vi bedömer att många är odiagnostiserade och de vill vi hitta med hjälp av COPD6-mätare som screening för patienter som röker eller har rökt och inte har KOL-diagnos. Genom denna screening sälla ut de som är i behov av spirometri och hitta de med KOL för att på så sätt kunna ge en adekvat behandling.

Vi vill öka tryggheten för patienter med redan diagnostiserad KOL och behandling genom att införa behandlingsplan för alla KOL-patienter. Med behandlingsplan ska man minska antalet exacerbationer.

Erbjuda rökavvänjning till alla KOL-patienten som röker då rökstopp är den viktigaste delen i behandling av KOL.

Uppföljning till läkare 6 veckor efter en KOL-exacerbation för att minska risken för fler exacerbationer samt att utvärdera kardiovaskulära riskfaktorer, aktuell behandling och följsamhet.

Se över våra lokala rutiner för KOL och uppdatera samt genomföra kompetenshöjande information och utbildning till olika personalgrupper för en mer samordnad vård.

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 - Ökad trygghet i behandling samt behandling till alla med 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-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Vi vill hitta patienter med KOL, som inte har diagnos, för att kunna ge en adekvat behandling. Till de med diagnos vill vi öka tryggheten med en tydlig plan i behandlingen och med ett utökat samarbete mellan ssk och läkare, ge en större möjlighet att fånga upp patienter med exacerbationer som behöver optimeras i sin 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-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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Vi har ingen möjlighet till att remittera alla patienter, som röker eller har rökt, för spirometri och diagnosen kan då dröja. Med COPD6-mätare kan vi "screena" många och hitta de som behöver vidare utredning med spirometri.

1.1: Införa COPD6 mätare som screeningverktyg.
1.2: Spirometri till de med positiv COPD6.
1.3:

2: Vi har inte infört behandlingsplan på VC. I nuläget krävs utformning med samarbete ssk/läkare uppskattningsvis 1 samråd/vecka 30-60 minuter för att planera läkemedelsbehandlingen i behandlingsplanen. I nuläget har vi ingen avsatt tid för det.

2.1: Schemalägga KOL-ssk/KOL-läk för veckovisa samråd.
2.2: Införa behandlingsplan
2.3:

3: Vi har ingen rutin för uppföljning inom 6 veckor vid KOL-ex i nuläget.

3.1 Utarbeta en rutin för uppföljning, till vem, vad som bör utvärderas vid besöket.
3.2: Informera patienten om vad KOL-ex är och att de ska söka VC vid symtom.
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-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 "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>Antalet patienter med KOL-diagnos</i>	448 st	29 Februari 2024	900st	<i>Medrave - Primärvårdskvallit</i>	<i>31 december 2024</i>
Indikator 2	<i>Antalet KOL-patienter med behandlingsplan</i>	0	29 Februari 2024	20%	<i>Luftvägsgäst</i>	<i>31 december 2024</i>
Indikator 3	<i>Öka antalet remisser till sluta-röka-linjen för KOL-patienter som röker eller annan rökavvänjning.</i>	37%	29 Februari 2024	55%	<i>Luftvägsgäst</i>	<i>31 december 2024</i>
Indikator 4	<i>Öka antalet återbesök 6 veckor efter KOL-exacerbation</i>	40%	29 Februari 2024	50%	<i>Medrave - Primärvårdskvallit</i>	<i>31 december 2024</i>
Indikator 5						

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 flikrummet, 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 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?

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.

Samråd/möte x flera i gruppen och med verksamhetschef/läkarchef för inköp av COPD6-mätare och möjlighet till utrymme för samråd ssk/läkare i schemat.

Respektive yrkeskategori går igenom de riktlinjer som finns, om de finns, och vi gör efter det en revidering och nya tydliga riktlinjer.

Information och utbildning till berörd personal på VC om de nya riktlinjerna, om COPD6, om förbättringsarbetets mål och syfte.

Rent praktiskt införa COPD6 där vi tror att usk kan vara involverade via vår "att-göra-lista" som kan göras efter läkar- eller sköterskebesök för effektivitet.

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 COPD6-mätning. Mätningen sker antingen av behandlande läkare eller med hjälp av usk. Mätning via usk sker efter läkarbesöket. Usk registrerar resultatet i mätvärden. Behandlande läkare kan vid signering ta ställning till ev. spirometriremiss.

Uskorna har fått utbildning av astma-KOL-ssk i hur COPD6-mätning utförs och hur resultatet registreras. En skriftlig information finns utskriven där mätarna förvaras. Läkare och ssk har informerats om COPD6-mätarna på respektive gruppmöte.

Astma-KOL-ssk har påbörjat arbetet med att införa behandlingsplan till alla KOL-patienter. Arbetet görs ffa vid årskontroller eller uppföljningar hos ssk av annan anledning. Ssk noterar i journal och behandlingsplanen ligger som "brev" i TC.

Öka antal remisser till slutarökalinjen har vi inte arbetat specifikt med men noterats som viktig punkt i lokal rutin som införts och finns tillgänglig på Teams. Målet är att alla rökande KOL-patienter ska erbjudas remiss vid årskontroll.

Avseende uppföljning 6 veckor efter KOL-ex skedde detta tidigare enbart då remiss inkommer från sjukhusvårdade patienter. I vår nyintroducerade lokala rutin ska patienter som sätts in på KOL-exbehandling, på vår infektionsmottagning, remitteras internt till läkare för uppföljning efter 6 veckor.

En lokal rutin för läkare har upprättats som stöd i arbetet med KOL-patienter.

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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	<i>Antalet patienter med KOL-diagnos</i>	452 st. (1,5%)	29 Februari i 2024	900 st.	454 st. (1,5%)	Medrave - Primärvårds kvalitet	30 November 2024
Indikator 2	<i>Andel patienter med behandlingsplan</i>	0%	29 Februari i 2024	20%	6,9%	Luftvägsregistret?	30 November 2024
Indikator 3	<i>Öka andel KOL-patienter som remitteras till sluta-röka-linjen</i>	33,6%	29 Februari i 2024	55%	Ny data saknas	Luftvägsregistret	30 November 2024
Indikator 4	<i>Öka andelen återbesök 6 veckor efter exacerbation</i>	40%	29 Februari i 2024	50%	47,8%	Medrave - Primärvårds kvalitet	30 November 2024
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Svårt att följa upp de data vi hade vid arbetets början då vi fick COPD6-mätare sent in i projektet samt att det ofta inte går att söka data på specifik dag.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det tog tid att införa COPD6 då beställning och leverans dröjde. Pga det svårt att uppnå våra mål som var högt satta. Det är tidskrävande för ssk till att införa behandlingsplanen och det görs på årskontroller där schemat redan är späckat. Vi tror dock att det är välinvesterad tid i att göra behandlingen trygg och säker för patienten.

Vi har insett att det krävs mycket arbete kring förändringar och att implementera nya delar i ett pågående arbetssätt. GVC är stor VC och alla nås inte av information. Det är svårt att få tid till samråd/samarbete med andra yrkeskategorier.

Det är svårt att mäta resultat på vissa insatser då informationen dels inte alltid registreras av läkaren/ssk i TC på ett sätt som sen går att utläsa i tex Medrave. Vikten av att alla registrerar på samma sätt för att data ska bli tillgängligt och en utvärdering kan göras. Luftvägsregistret, som var en källa för datainsamling, är inte tillgängligt för mer än den ssk som registrerar data till registret, vilket medförde svårigheter att undersöka och ta in data den vägen.

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?

Införandet av behandlingsplan är tänkt att ge ökad trygghet och delaktighet i behandlingen för den enskilde patienten. Patienten ska ges stöd i egenvård och information om vad patienten ska vara uppmärksam på och när de ska söka vård. Att återbesöken efter exacerbation blir ett tillfälle att förklara vikten av en bra KOL-behandling som skydd för ytterligare försämring i sjukdomen och att detta ökar patientens delaktighet i sin vård.

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.

Vårt mål är att utvärdera löpande de förändringar vi gjort och avseende COPD6-mätningen har det just införts och där kommer vi fortsatt utvärdera arbetssätt och om vi lyckas öka antalet KOL-patienter på Gustavsbergs VC. De nya riktlinjerna kan ge stöd till läkaren att registrera viktiga data för att vi lättare ska kunna utvärdera och följa upp behandlingen av våra patienter.

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.