

Meliva Vårdcentral Sibyllekliniken Astma 2024 del 1

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Meliva Vårdcentral Sibyllekliniken

Verksamhetschef

Annelie Lager

Verksamhetschefens e-post

Annelie.Lager@meliva.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: Jens Thern/Jonas Lofors

Profession: ST-Läkare/Allmänspecialist

E-post: Jens.Thern@sibyllekliniken.se/Jonas.Lofors@meliva.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:

Liza Osnes, undersköterska Liza.osnes@sibyllekliniken.se.

Jonas Lofors, allmänspecialist Jonas.Lofors@sibyllekliniken.se

Madeleine Lindqvist leg sjuksköterska Madeleine.Lindqvist@sibyllekliniken.se

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

B: Föra dialoger med patienterna som besöker oss gällande sin astmadiagnos och se över hur de känner sig involverade och upplysta i sin astmadiagnos.

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?

Kartläggning:

- *Prevalens av patienter med astmadiagnos enl medrave (andel av totala antal patienter)*
- *Andel patienter som utfört spirometri de senaste 3 åren enl medrave.*
- *Andel patienter med astmadiagnos som haft årskontroll senaste året enl medrave.*
- *Andel patienter med astmadiagnos som gjort uppföljningsspirometri enl medrave.*

Det vi vill åstadkomma med förbättringsarbetet är:

Bättre diagnosticering med fler spirometrier.

Bättre kontroll av listade patienters astma.

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.

Astma och spirometri.

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:

Målet med detta förbättringsarbete är att få bättre uppföljning av astmapatienter med systematiserade årsbesök och uppföljningsspirometrier samt att hitta odiagnostiserade patienter med astma.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker:
Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se>

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

/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/	patientsamverkan: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/					
1: Ej systematiska återbesök för astma	1.1: Systematiska årskontroller för astmapatienter enligt riktlinjer inklusive planering för uppföljande återbesök via väntelista. 1.2: Skriftlig behandlingsplan som del i årskontroll för astmapatienter. 1.3: ACT-formulär som del i årskontroll för astmapatienter. 1.4: Kontrollspirometri enligt riktlinjer som del i årskontroll för astmapatienter.					
2: Otillräcklig diagnosticering av astma	2.1: Mer spirometri som screening utifrån riskfaktorer. 2.2: 2.3:					
3:	3.1: 3.2: 3.3:					
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/</p>						
<p>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/</p> <p>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.</p>						
	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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter som utfört spirometri de senaste 3 åren.</i>	31,2%	2024-01-26	50%	Medrave	<i>December 2024</i>

Indikator 2	<i>Andel patienter med astmadiagnos som haft årskontroll senaste året.</i>	35,2 %	2024-01-26	60%	Medr ave	<i>Decem ber 2024</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter med ny diagnos Astma som genomfört spirometri</i>	30,4 %	2024-01-26	45%	Medr ave	<i>Decem ber 2024</i>
Indikator 4	<i>Prevalens patienter med astmadiagnos enl medrave (detta är kopplat till Stycke Kartläggning ovan och Vad vi vill åstadkomma med punkten - "Bättre diagnosticering med fler spirometrier.")</i>	3,43%	2024-01-26	Ca 10% av befolkningen har astma. Ett rimligt mål här är väl att öka prevalensen (andelen av våra patienter som har astmadiagnos) med någon procentenhet (men en bra bit under 10%)	Medr ave	<i>Decem ber 2024</i>
Indikator 5	<i>Andel astmapatienter som varit på årskontroll under året och gjort en ACT enl medrave</i>	4,7%	2024-01-26		Återbesök läkare enl Medr ave 34 %/ACT 39 %	<i>50 %</i>

Kommentar (valfritt): Målet var 80% men det märkte vi att det ej kunde uppnås. Indikator 3 ändrad under arbetet då det har varit att hinna få in patienter för återbesök gällande spirometri.

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 fikorummets, 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-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?

Planera: Vi kommer gemensamt att sammanställa ett brev som ska skickas till de patienter som har en astmadiagnos. I brevet finns en förklaring gällande förbättringsarbetet och ett ACT-formulär som de kan svara på och skicka/ lämna in till oss. Detta för att få information om hur många våra patienter är med okontrollerad astma.

SSK och USK skickar kallelser till årskontroll till SSK med spirometri utefter kontrollgrad astma enligt ACT och riktlinjer med prioritering av patienter med okontrollerad astma enligt ACT.

Astmatikerna är uppsatta framöver på väntelista för att de regelbundet ska kallas.

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

Meliva Vårdcentral Sibyllekliniken Astma 2024 del 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 skapat en kallelsemall som går ut till alla våra astmatiker. Vi har skapat en ny rutin för både kallelse samt spirometriundersökningen.

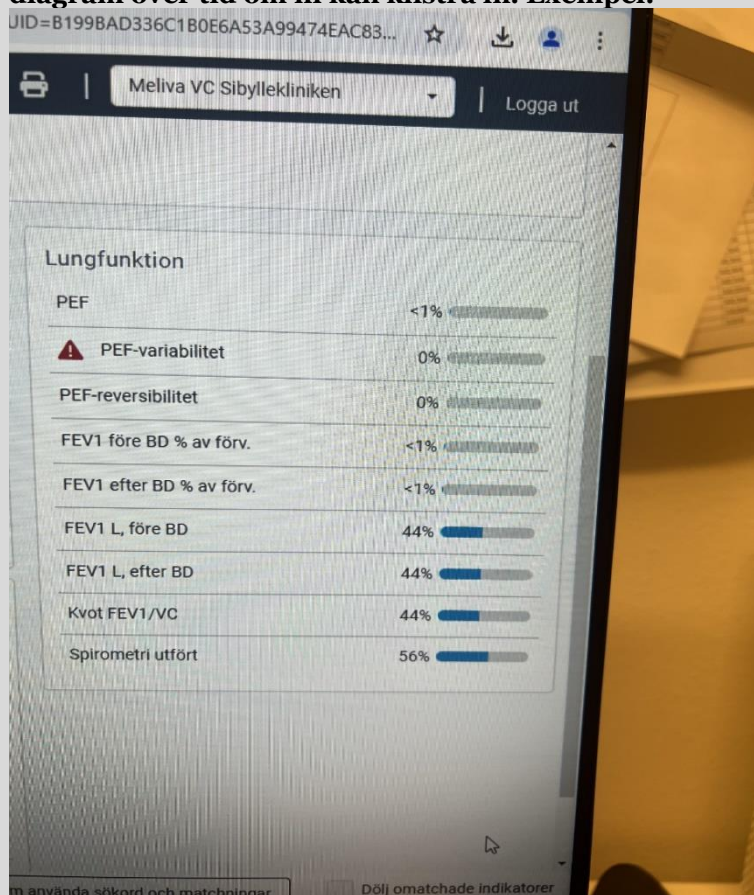
Sjuksköterska och läkare har nyligen gått utbildning för spirometrikörkort.

Den nya rutinen är förmedlad till all personal på APT.

För kontrollerad astma kallas patienten var 3:e år för spirometri samt uppföljande läkarbesök / läkarkontakt (via video alt. telefon). För okontrollerad astma kallas patienten årligen för spirometri samt läkarbesök. Upptäckte även under arbetet att PEF ej fanns med så det har vi nu inför i slutet av arbetet och lagt in i våra mallar. Inför ACT screening för alla med astmadiagnos.

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	Andel patienter som utfört spirometri i de senaste 3 åren.	20 %	2024-01-26	50%	48 %	Medrave	December 2024
Indikator 2	Andel patienter med astmadiagnos som haft årskontroll de	35,2%	2024-01-26	60%	34%	Medrave	December 2024

	<i>senaste 3 åren.</i>						
Indikator 3	<i>Andel patienter med ny diagnos Astma som genomfört spirometri</i>	<i>30,4%</i>	<i>2024-01-26</i>	<i>45%</i>	<i>31,6 %</i>	<i>Medrave</i>	<i>December 2024</i>
Indikator 4	<i>Prevalens patienter med astmadiagnos enl medrave (detta är kopplat till Stycke Kartläggning ovan och Vad vi vill åstadkomma med punkten- "Bättre diagnosticering med fler spirometrier. ")</i>	<i>3,43</i>	<i>2023-12-31</i>	<i>10%</i>	<i>3,32%</i>	<i>Primärvårdskvalitet /Medrave</i>	<i>December 2024</i>
Indikator 5	<i>Andel astmapatienter som varit på årskontroll under året och gjort en ACT enl medrave.</i>	<i>4,7%</i>	<i>2024-01-26</i>	<i>80%</i>	<i>29,2 %</i>	<i>Medrave</i>	<i>December 2024</i>
Övriga kommentarer:							
<i>Får med att procenten går upp och ner beroende på avlistningar och listningar. Väldigt aktiva patienter i vårt område som byter vårdcentral ofta så kontinuitet saknas för denna grupp.</i>							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
Vikten i att patienten får delta i sin vård. Att vi inte ska sätta så höga mål för våra resultat.							

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?

Denna patientgrupp har uppskattat arbetet och de känner sig omhändertagna på ett positivt sätt.

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.

Rutiner, väntelistor, fortbildning, spirometrikörkort.

Vi har skapat en rutin för årskontroller av våra astmapatienter i enlighet med riktlinjer i VISS. Årskontroll hos läkare eller astmasköterska med ACT-kontroll. Sökordet ACT ska inkluderas i våra vanliga läkarbesöksmallar alternativt speciellt framtagna mallar för astma/KOL-besök till läkare och sjuksköterska. I rutinen ingår också ett systematiskt arbete med att använda särskilda väntelistor i TC som tagits fram för astmapatienter för spirometri (inklusive kontrollspirometri vart tredje år), årsbesök till läkare eller sköterska.

Fortbildning inklusive spirometrikörkort för personalen på mottagningen som är intresserade där en läkare och en sjuksköterska gått kurs för spirometrikörkort under 2024. /Jens/Jonas

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.