

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

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

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Nykvarns Vårdcentral	
Verksamhetschef Ulrika Hansson	Verksamhetschefens e-post ulrika.hansson@primavard.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: Alexandra Ioannidis
Profession: ST-läkare
E-post: alexandra.ioannidis@primavard.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: Alexandra Ioannidis ST-läkare. Lennart Holmquist Distriktsläkare

Ulrika Hansson, verksamhetschef/distriktssköterska.
Sjuksköterska Anna Nilsson.

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

B:
Det är av yttersta vikt att integrera patienten i sin vårdprocess och att sträva efter att patienten känner sig motiverad och väl informerad. En metod för att säkerställa denna integration och feedback är att patienten fyller i CAT-skattning.

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?

Före pandemin fungerade astma/KOL-mottagningen vid Nykvarns vårdcentral effektivt. Under pandemin stängdes mottagningen av olika anledningar, vilket resulterade i att denna patientgrupp inte följdes upp på samma sätt som tidigare. Enligt data från MedRave framgår det att vår prestation är sämre än i Stockholm när det gäller andelen KOL-patienter som fått underhållsbehandling och varit på återbesök (Indikator 1), där endast 62.1% av alla professioner följer denna standard. Likaså, endast 50% av patienter med exacerbationer har återkommit för uppföljning (Indikator 2). Utöver detta visar data att patientutbildning vid ny diagnos (indikator 4) är betydligt lägre jämfört med andra vårdcentraler. Andelen patienter med KOL och underhållsbehandling som har fått sin vikt eller BMI mätt (Indikator 3) är endast 38.4%. Dessutom är andelen rökare på 10% och andelen vården som saknas är 51%, vilket resulterar i att andelen där rökvanor efterfrågas (Indikator 6) är relativt liten och andelen där rökavvänjning erbjuds (Indikator 7) är minimal. När det gäller screening har det upptäckts brister, då andelen läkare som använder COPD6 är minimal och ingen registrering av CAT-skattning (Indikator 8) har skett.

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 – Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Det övergripande målet är att öka uppföljningen av patienter med KOL samt förbättra deras livskvalitet genom att tillhandahålla lämplig medicinsk behandling och öka tillgängligheten till KOL-rehabilitering. Dessutom är syftet att tidigt identifiera och diagnostisera KOL genom att implementera screening med hjälp av COPD-6-mätning och spirometri. Vidare är syftet att öka stöd exempelvis genom patientutbildning och erbjuda stöd till rökare för att uppmuntra rökavvänjning. Slutligen är en del av målet att öka registreringen av vikt och BMI hos patienter i större utsträckning.

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-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 verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Det finns ingen etablerad rutin för regelbunden uppföljning av patienter med KOL.

1.1: Sköterskor i telefon, påminner patienter boka uppföljning.
1.2: Kalla KOL-patienter på årliga kontroller.
1.3: Förbättrad dokumentation

2: Patientutbildning är bristfällig eller obefintlig.

2.1: Utbilda sköterskor.
2.2: Patienter med ny diagnos bokas in till sköterskor, hjälp med ex inhalationsteknik.
2.3: Rökavvänjningsrådgivning.

3: Det görs en begränsad användning av screeningmetoder.

3.1: Utbilda och implementera COPD6-mätning.

4: Återbesöken är inte tillräckligt strukturerade eller frekventa.

4.1: Öka dokumentation om BMI, motionsvanor och rökvanor.
4.2: CAT-skattning innan besök.

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/verktysglada-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 processmåttarna 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	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 med KOL och underhållsbehandling som varit på återbesök, alla professioner.</i>	62%	Mars 2024	80%	Medrave	<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter som har KOL med exacerbationer som varit på återbesök.</i>	50%	Mars 2024	55%	Medrave	Jan 2024
Indikator 3	<i>Andel patienter med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI</i>	38%	Mars 2024	67%	Medrave	Jan 2024
Indikator 4	<i>Andel patienter med ny diagnos som genomgått patientutbildning, på vårdcentral.</i>	7%	Mars 2024	15%	Medrave	Jan 2024
Indikator 5	<i>Andel patienter som gjort COPD6 mätning</i>	0	Mars 2024	10%	Medrave	Jan 2024
Indikator 6	<i>Andelen patienter som rökvanor efterfrågas.</i>	81%	Mars 2024	81%	Medrave	Jan 2024
Indikator 7	<i>Andelen patienter där rökavvänjning erbjudits.</i>	21%	Mars 2024	25%	Medrave	Jan 2024
Indikator 8	<i>Antal CAT formulär registrerade.</i>	0	Mars 2024	10%	Medrave	Jan 2024

Kommentar (valfritt):

*Källa: Medrave: Rapporter/Primärvårdskvalitet/Område/Kroniska sjukdomar/KOL/
Medrave: Rapporter/Sjukdomar/KOL/Övesikt*

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?

Flödesschema skapas, mallar för sjuksköterskor och läkare skapas. Målet är att etablera en bra rutin på vårdcentralen.

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

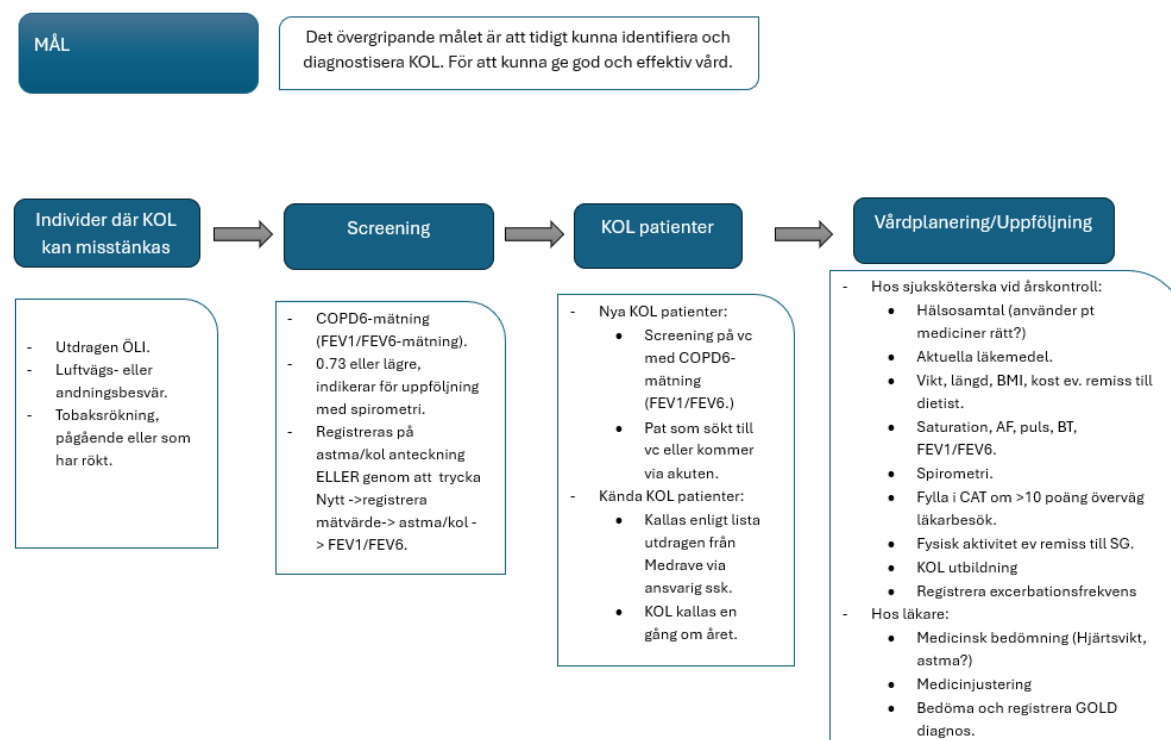
DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

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

Inom ramen för vårt förbättringsarbete har vi utvecklat och implementerat ett flödesschema som underlättar arbetet för sjuksköterskor och läkare vid hantering av patienter där kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) kan misstänkas. Mallen är utformad för att säkerställa en enhetlig och effektiv process för att tidigt kunna identifiera och diagnostisera KOL samt för vidare uppföljning.

Flödesschema – KOL, Nykvarns Vårdcentral, lokalt vårdprogram



Under besök där misstanke om KOL fanns skulle screening genomföras med hjälp av COPD-6-mätning både vid sjuksköterskebesök och läkarbesök. Denna åtgärd kan möjliggöra förbättrad kartläggning av patienternas aktuella hälsotillstånd och bidra till att identifiera behov av ytterligare vårdinsatser.

Som en del av arbetet kallades 60 patienter med KOL-diagnos, som inte hade följts upp under en längre tid, för en årlig kontroll. Detta steg syftade till att säkerställa att patienter fick nödvändig vård och stöd enligt aktuella riktlinjer.

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:**

Källa: Medrave PVQ: Rapporter/Primärvårdskvalitet/Område/Kroniska sjukdomar/KOL/
Medrave KOL översikt: Rapporter/Sjukdomar/KOL/Översikt

	Indikatornamn	Startläge	Datum/period för startläge	Mål	Resultat	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1 PVQ: KOLo2A	Andel patienter med KOL och underhållsbehandling som varit på återbesök, alla professioner.	62%	240301	80%	80%	PVQ	241231
Indikator 2 PVQ: KOLo3	Andel patienter som har KOL med exacerbationer som varit på återbesök.	50%	240301	55%	53%	PVQ	241231
Indikator 3 PVQ: KOLo5A	Andel patienter med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI	38%	240301	67%	69% 64/91st	PVQ	241231
Indikator 4 PVQ: KOLo9	Andel patienter med ny diagnos som genomgått patientutbildning, på vårdcentral.	7%	240301	15%	0% Inga registreringar	PVQ	241231
Indikator 5	Andel patienter som gjort COPD6 mätning	0	240301	10%	0 Inga mätningar	Medrave	241231
Indikator 6	Andelen patienter där rökvanor efterfrågas.	KOL-översikt 47%	240301	81%	67% =61/91st	KOL översikt	241231
Indikator 7	Andelen patienter där rökavvänjning erbjudits.	21%	240301	25%	50% =4/8st	KOL översikt	241231
Indikator 8	Antal CAT formulär registrerade.	0	240301	10%	KOL översikt: 43% =40/92st	KOL översikt	241231

Övriga kommentarer:

Indikator 1: Målet uppnått, ökat antal KOL besök. Mer effektiv KOL-diagnossättning.

Indikator 2: Resultatet ökade från 50 % till 53 % men nådde inte målet på 55 %. Ytterligare insatser behövs för att förbättra återbesöksfrekvensen.

Indikator 3: Målet uppnått. Andelen patienter med underhållsbehandling som fått vikt eller BMI registrerat ökade från 38 % till 69 %, vilket överträffar målet på 67 %.

Indikator 4: Enligt RAVE registrerades ingen patientutbildning. I startläget identifierades endast en patient via RAVE, och vid projektets slut ingen. Samtidigt fann vi att 44 patienter hade kallats till KOL-kontroll hos sjuksköterska som använde Astma-KOL-mallen i journalen. I flera av dessa fall fanns dokumenterade utbildningsinsatser. Det är troligt att otydligheter kring registreringsprocessen och bristande rutiner för registrering bidragit till detta resultat. En annan möjlig förklaring till detta är att de patienter som kallades redan hade en befintlig KOL-diagnos, eller att den nya diagnosen formellt registrerades på vårdcentralen trots att den redan satts vid en annan vårdenhets.

Indikator 5: Via RAVE lyckades vi inte finna någon registrering av utförd COPD6. COPD6 mätning skall i första hand utföras som screening vid misstanke om KOL, inte vid fastställd KOL. Men vid fritext sökning som omfattar alla patienter fann vi inga utförda COPD6 mätningar. Screening med COPD6 tycks inte ha blivit utförd. Alternativ registrering via mätvärden är mer tidskrävande, vilket kan ha bidragit till missad dokumentation.

Indikator 6: Målet att andelen KOL patienter ska ha fått frågan om rökvanor (81%) har inte uppnåtts till fullo men en förbättring har skett från 47% till 67%.

Indikator 7: Vad gäller målet att erbjuda rökande KOL patienter rökavvänjning är uppnått men det är små tal och osäker registrering. Bland de KOL-patienter som haft specifikt uppföljningssamtal (44 st) fanns 11 rökare.

Indikator 8: Före projektet användes CAT sällan. En tydlig ökning har skett (från 0% till 43%). CAT har börjat användas mer systematiskt.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Under året har förbättringsarbetet haft som mål att förbättra vården för KOL-patienter genom att implementera strukturerade insatser och uppföljning. Resultaten visar att flera mål har uppnåtts, samtidigt som arbetet har identifierat viktiga förbättringsområden. Arbetet har lett till en ökning av både KOL-diagnostik och registrering av vikt och BMI hos patienter, samt ökad CAT-registrering.

Trots detta finns områden som kräver ytterligare insatser. Återbesöksfrekvensen ökade något men nådde inte det uppsatta målet. Det framkom även utmaningar kring registrering av vissa mätvärden, där bristande rutiner och tidskrävande processer har påverkat resultaten negativt. Screeningsverktyg som COPD6-mätning har haft låg genomförandegrad, vilket delvis kan förklaras av otydliga registreringsflöden och praktiska hinder i det dagliga arbetet.

Förbättringsarbetet har en del brister som vi tagit lärdom av. En av de större utmaningarna var att projektledaren under en lång period var frånvarande, vilket påverkade den kontinuerliga uppföljningen av data. Vi borde i ett tidigare skede analyserat utfallet av våra indikatorer för att kunna korrigera svagheter av registreringen tex, användningen och registreringen av COPD6. Trots detta har vi tydliggjort och etablerat ett flöde som har varit genomförbart. Detta har resulterat i förbättrad uppföljning och kontinuitet i vården för dessa patienter.

Sammanfattningsvis har det viktigaste lärandet under processen varit insikten om och betydelsen av korrekt registrering av mätbara indikatorer samt vikten av att i ett tidigt skede analysera och följa upp indikatorerna för att kunna identifiera och åtgärda brister. Fortsättningsvis har detta arbete också belyst ett centralt fokusområde för framtida förbättringar.

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?

Genom att använda CAT-formulär (COPD Assessment Test) har patienterna fått möjlighet att aktivt bidra med information om hur sjukdomen påverkar deras vardag och livskvalitet. Denna information har inte bara varit en grund för att individanpassa vårdinsatser utan kan även öka patienternas medvetenhet om sin egen hälsa och deras engagemang i vårdprocessen.

Utöver detta har arbetet strävat efter att skapa en mer dialogbaserad vårdrelation, där patienternas frågor och önskemål tas upp och diskuteras vid varje besök. Detta har bidragit till att patienterna kan involveras i planering av deras 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.

Vi vill integrera de framtagna åtgärderna som en permanent del av vår verksamhet. Flödesschemat, som har visat sig vara ett effektivt verktyg för att skapa struktur och enhetlighet i vården av patienter med misstänkt och med KOL, kommer att kvarhållas och utvärderas.

Vi ser också ett behov av att förbättra kommunikationen med patienterna, särskilt när det gäller att påminna om och boka in årliga KOL-kontroller. Detta kommer att ske genom exempelvis SMS-utskick, telefonsamtal eller brev. På så sätt kan vi säkerställa att fler patienter blir uppmärksammade på vikten av regelbunden uppföljning och får möjlighet att delta i dessa viktiga kontroller.

Framöver kommer vi att fokusera på att tidigt analysera och följa upp indikatorer för att snabbare identifiera och åtgärda eventuella brister. Samt säkerställa korrekt registrering av mätbara indikatorer.

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 forbattringsarbeten.apc.siso@regionstockholm.se