

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och 2 TEMA: Astma

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Roslags Näsby Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Victoria Åsander Jakobsson	Verksamhetschefens e-post victoria.jakobsson@rnhlm.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> 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 <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Shahin Arshamian ST-läkare. Joel Freilich, distriktsläkare.
<b>Kontaktperson:</b> Joel Freilich, <a href="mailto:joel.freilich@rnhlm.se">joel.freilich@rnhlm.se</a>
<b>Att involvera flera</b>
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• 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.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul>
A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner
A: Astma/KOL-sköterska Karin Widlund Hedman

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?**

Under senare år har riktlinjerna kring behandling av astma skärpts (se VISS). För att minska inflammation i luftvägar bör inhalationssteroider finnas med vid **all** behandling av astma, även "vid behov". Monoterapi med enbart bronkdilaterande bör undvikas hos barn och vuxna. I MedRave ser vi dock att bland våra listade patienter i gruppen >12 år med diagnos astma så har endast 67% inhalationssteroider. Sammanlagt hittar vi 212 patienter som har fått astmadiagnos sista året. Tittar vi närmare på könsfördelning ser vi att kvinnor är kraftigt överrepresenterade (153 kvinnor mot 59 män med astmadiagnos) och att 65% av kvinnorna och 69% av männen har behandling med inhalationssteroider.

Målet är att identifiera pat med astmadiagnos som inte har inhalationssteroider och ta ställning till om insättande av en inhalationssteroid kan vara indicerat. Detta hoppas vi ska förbättra patienternas symtom på kort sikt och att det även ska förebygga progress av sjukdomen samt följsjukdomar på lång sikt (KOL). Det här är en del i vår satsning på kvaliteten av vården för våra astma- och KOL-patienter som vi har startat genom att anställa en astma-/KOL-sköterska och skrivit ett nytt PM för patientgrupperna.

### **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.

Inhalationssteroider vid behandling av astma

### **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 är att alla med diagnosen astma ska ha rätt behandling, mao ska inhalationssteroider utgöra grunden i behandlingen.**

**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: Alla i läkargruppen är inte uppdaterade på senaste riktlinjerna

1.1: Informera läkargruppen om aktuella riktlinjerna. Vår astmasköterska får också hålla en separat utbildning om astma för läkargruppen och sköterskegruppen.  
1.2: Identifiera i Medrave vilka pat som har diagnos astma men INTE inhalationssteroider  
1.3: Återkoppla till patientansvariga läkare och be dem ta ställning till om inhalationssteroider är indicerat  
1.4 Mät utfallet igen om tre månader. Återkoppla till läkargruppen

2: Vissa patienter söker sällan vård

2.1: Försöka identifiera pat som har diagnos men inte inhalationssteroider som inte varit på kontroll senaste året  
2.2: Om vi hittar pat ska de kallas på återbesök och få inhalationssteroid om indicerat  
2.3: Mäta utfall i Merave

3: Det är lätt att slentrianmässigt göra en receptförnyelse på bronkdilaterare utan att kontrollera att pat har inhalationssteroider också.

3.1: Ny rutin vid receptförnyelse av astmamedicin. Detta går ut till sköterskor som bokar receptförnyelser samt till läkargruppen  
3.2: Ta upp på APT en gång i månaden  
3.3: Mäta förbättring i Medrave

**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 ”balansrande 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel listade patienter &gt;12 år med diagnos Astma (J45-J46) sista året som är ordinerade inhalationssteroider</i>	67%	2023-02-21 tom 2024-02-20	>90%	Medrave	<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med astma och underhållsbehandling som varit på återbesök till astmasköterska	8%		>20%	Primärvårdskvalite	<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal som gjort spirometri senaste året</i>	33%	2023-02-21 tom 2024-02-20		Medrave	<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-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?

- Informera läkare på läkarmötet om riktlinjer samt syftet med arbetet
- Informera sköterskorna om bokningsrutin för receptförnyelse
- Astmasköterska håller utbildning för läkar- och skötersekgruppen
- Nya rutiner tas upp som en påminnelse på alla APTt

- *Ny mätning av utfall i Medrave under 2024 i Maj, september samt december. Återkoppla resultaten till läkargrupp samt sköterskegruppen*

**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:  
forbättringsarbeten.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

- Anledningen till att vi initialt bestämde oss för att göra ett kvalitetsarbete berodde delvis på att vi, enligt medraves statistik, hade en ganska stor grupp av astmatiker som inte stod på inhalationssteroider. Men när vi senare började öppna upp patientjournalerna upptäckte vi att flertalet av dem som fallit ut i statistiken i själva verket hade korrekt behandling. Vi kontaktade Medrave som förklarade att detta brukar bero på att den ursprungliga ordinationen av substansen gjorts av en annan enhet. Detta betyder att vi inte äger den datamängden i TakeCare och så som Stockholm och TakeCare tolkar patientdatalagen kunde vi då inte hämta ut den raden från TakeCares Intelligencedatalager vilket i förlängningen gjorde att vi inte kunnat arbeta med statistik och kvalitet på data vi inte juridiskt äger. Eftersom vi haft en stor pålistning av nya patienter senaste åren så har en stor andel av patienterna fått sina diagnoser och läkemedel insatta via en annan vårdenhet innan de bytte till oss. För att ta över "ägandet" av den ordinationen behövde vi signera om ursprungsordinationen så att den hamnade på vår TakeCareID. Vi delade därför ut listor på alla patienter som fallit ut till läkargruppen och bad dem att gå in och signera hela läkemedelslistan. Detta förbättrade vår statistik men sedermera fick vi tips om helt andra sökalgoritmen så att vi ersatte "astmatiker utan inhalationssteroider" med den snävare formuleringen **andelen astmatiker med luftörsvidgande utan inhalationssteroider**. Fördelen med detta är att vi på så sätt kunde exkludera patienter som någon gång fått diagnosen astma felaktigt och därför inte hade en pågående behandling. Vi valde därför att göra egna algoritmer. Vi har skapat två egna algoritmer i medrave som ser ut såhär:
  1. Alla med diagnos astma OCH inhalationssteroider
  2. Alla med diagnos astma OCH luftörsvidgande MEN INTE inhalationssteroider

Dessa två grupper har vi jämfört med varandra och där ser vi att antalet astmatiker som har inhalationssteroider gått från 91% till 95% efter våra insatser under året. Utifrån den nya

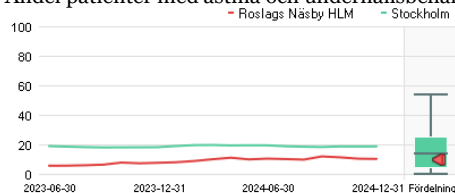
algoritmen så hade vi redan innan vi påbörjade arbetet uppnått målet på >90% med kortison och nu, efter våra insatser under året, överträffar vi målet med råge. Beträffande övriga indikatorer så ser vi ingen direkt förbättring. En förklaring till detta kan vara den stora pålistning av nya patienter vi haft senaste två åren då vi nästan har dubblat vårt patientunderlag. Många av dessa patienter har inte varit på husläkarmottagningen och även de som varit här har kanske sökt för andra akuta ärenden där astma och medicinering för den inte varit fokus på besöket.

Utöver själva arbetet med att identifiera pat med felaktig behandling, informerat läkargruppen om syftet, dela ut listor på pat som saknar inhalationssteroider till respektive PAL så har vi även ordnat med fortbildning om astma där vår erfarna astmasköterska hållit en utbildning läkargruppen. Hon har även haft en kontinuerlig dialog med läkarna kring pat där hon haft funderingen kring optimering av medicinering eller frågetecken kring diagnos.

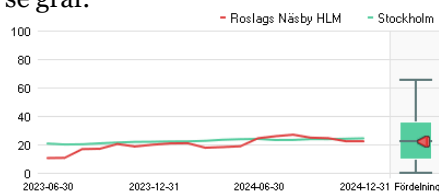
*Ett förtydligande med anledningen av att vi fick frågan varför vi valt att sätta åldergränsen från 12 år istället för 6 år som läkemedelsverket rekommenderar. Detta beror på att vi väldigt sällan utreder och behandlar yngre barn för astma. Denna patientgrupp sköts primärt av BUMM och därför blir det meningslöst att ha med dem i husläkarmottagningens förbättringsarbete.*

För indikatorn "Andel patienter med astma och underhållsbehandling som varit på återbesök till astmasköterska" ser vi en svag uppgång från 8% vid mätningens början till 10% vid slutet av året. En förklaring till att vi har lägre återbesök till vår astmasköterska än genomsnittet i Stockholm kan vara att våra patienter är välbehandlade och inte behövt uppföljning. En annan är att vi haft stor pålistning. Den långvariga trenden verkar ändå svagt stigande.

Andel patienter med astma och underhållsbehandling som varit på återbesök, sjuksköterska



Andel som gjort spirometri har enligt medrave sjunkit från 33% till 25%. Men samtidigt har "andelen patienter med ny diagnos med astma som genomfört spirometri" som vi får ut via primärvårdskvalite stigit något. Där ligger vi nu nära genomsnittet för Stockholm (22,2%) – se graf.



En tänkbar förklaring till detta är att våra kända astmatiker är så pass välinställda att de inte behövt ny spirometri samtidigt som vi har blivit duktigare på att utreda och diagnostisera nya fall av astma. Med tanke på att datan är lite svår att tolka och värdera har vi därför valt att ta bort denna indikator

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:**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel astmatiker som har både steroider och luftvägsvidgande</i>	17 av 189 saknar 91%	2023-02-21 tom 2024-02-20	>90%	10 av 202 saknar 95%		<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 2</b>	återbesök, sjuksköterska	8%		>20%	10%		<i>T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året</i>
<b>Indikator 3</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>
<b>Indikator 4</b>							
<b>Indikator 5</b>							<i>T.ex. dec 2024</i>

**Övriga kommentarer:**

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Statistiska underlaget som vi får ut från Medrave är inte alltid enkel att tolka. All data måste noggrant granskas. Nästa gång får vi titta närmare på datan innan vi fortsätter med arbetet.

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?

I det här förbättringsarbetet har vi inte involverat patienter, men planerar att göra det i nästa förbättringsarbete. Vår astmasköterska däremot arbetar mycket med patientutbildning och leder ett pilotprojekt på ett 20-tal vårdcentraler i Stockholm med KOL-patienter med målet att de ska förstå och kunna hantera sin sjukdom bättre.

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.

- Vår astmasköterska jobbar endast deltid och vi kommer öka hennes anställningsgrad.
- Fler utbildningstillfällen för läkare och sjuksköterskor.
- Tät dialog mellan astmasköterska och behandlande läkare

**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](mailto: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.