

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Skärholmens VC	
Verksamhetschef Ina El-Sherif	Verksamhetschefens e-post ina.el-sherif@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: Tim Bäckdahl
Profession: ST-läkare
E-post: tim.backdahl@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>
A: Ingela Pohl, Astma/KOL-sköterska. Abeer Zora, specialist i allmänmedicin, Astma/KOL-ansvarig. Majida Gholam, undersköterska. Ina El-Sherif, verksamhetschef.

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

B: Insamling av åsikter/förslag från KOL-patienter som av annan anledning besöker VC.

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?

Befolkningen i Skärholmen har en jämförelsevis stor andel med utomeuropeisk bakgrund och socioekonomisk belastning. Detta avspeglas i en del för hälsan avgörande livsstilsfaktorer. Enligt "Folkhälsokollen" är Skärholmen den kommun/stadsdel som har i särklass högst andel rökare i hela Region Stockholm, 13,6% år 2021 (jämfört med snittet på 5,8% i regionen).

Ett resultat av långvarig rökning kan, förutom hjärt-kärlsjukdom och cancer, vara utvecklingen av kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL.

På Skärholmens VC har vi i grunden en god rutin kring hanteringen av våra KOL-patienter, och vi ligger bra till i flertalet PrimärvårdsKvalitet-indikatorer. Däremot misstänker vi att det i vårt område finns ett betydande mörkertal av patienter med odiagnostiserad KOL. Vi vill se om vi genom en enkel screeningrutin kan upptäcka och erbjuda behandling till fler.

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

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:

Att genom en ny screeningrutin snabbare identifiera patienter med odiagnostiserad KOL.

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: Patienter med hosta/andningsbesvär tillfrågas inte alltid om rökning.

1.1: Ny rutin med tobaksscreening vid drop-in/akutbesök.

1.2:

1.3:

2: Tidskrävande spirometrier.

2.1: Snabbspirometri med exv. COPD-6 för att snabbt identifiera patienter som bör gå vidare till KOL-ssk för spirometri.

2.2:

2.3:

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/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

”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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Antal snabbspirometrier per vecka.</i>	0	April 2024	5	Medrave (sökord)	<i>Dec 2024</i>
Indikator 2	<i>Andel med diagnosen KOL på VC</i>	1,9%	December 2023	?	Medrave (KOL01)	<i>Dec 2024</i>
Indikator 3	<i>Antal patienter som fått diagnosen KOL och erbjudits behandling efter screening med snabbspirometri</i>	0	April 2024	1	Medrave (sökord)	<i>Dec 2024</i>
Indikator 4						
Indikator 5						

Kommentar (valfritt):

Målet är att få in en bra rutin kring snabbscreening för KOL hos identifierade riskpatienter, bedömdes realistiskt med 5 undersökningar/vecka under inkörningsperioden. Den andra indikatorn om ökat antal diagnoser är mer explorativ dvs ”finns det ett mörkertal?”. Den tredje indikatorn speglar den potentiella nyttan för patienterna mer konkret.

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 blev 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?

Vi ska beställa ett screeningverktyg för KOL (troligen en Piko-6 eller liknande) och utarbeta en rutin för hur den ska användas i det dagliga arbetet på VC tillsammans med mottagningsköterskor och undersköterska.

Patientgruppen definieras till alla patienter > 40år listade på Skärholmens VC som är eller har varit rökare.

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**

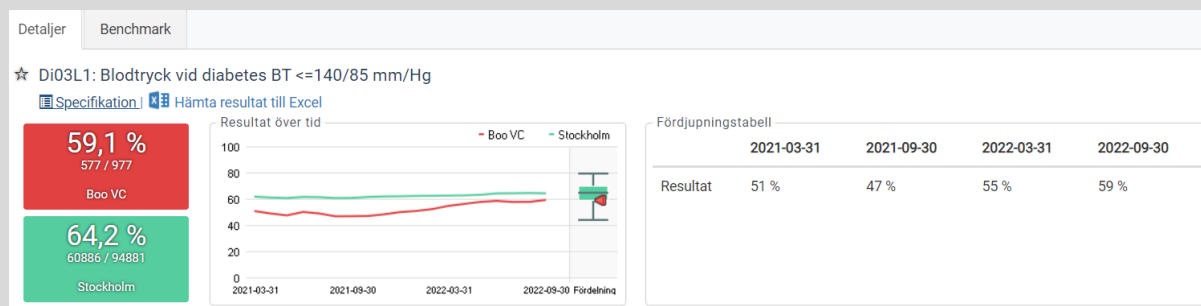
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi utarbetade en rutin för snabbscreening av obstruktivitet i syfte att hitta odiagnostiserade KOL-patienter. Alla patienter > 40år som är eller har varit rökare erbjöds att genomgå en snabbspirometri med COPD-6 hos undersköterskan på drop-in. De med akuta luftvägsbesvär fick återkomma i lugnt skede. Resultatet av undersökningen dokumenterades under sökordet "FEV1/FEV6, förenklad lungfunktionsmätning" för att kunna följas upp i Medrave.

De som testade positivt bokades vidare till astma/KOL-sköterskan för spirometri. Om spirometrin var patologisk bokades patienten till sin ordinarie husläkare enligt ordinarie rutin.

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	Antal snabbspirometrier per vecka.	0 st	April 2024	5 st	3,7 st	Medrave (sökord)	December 2024
Indikator 2	Andel med diagnosen KOL på VC	1,9%	December 2023	?	1,9%	Medrave (KOLo1)	December 2024
Indikator 3	Antal patienter som fått diagnosen KOL och erbjudits behandling efter	0 st	April 2024	1 st	5 st	Medrave (sökord)	December 2024

	screening med snabbspirometri						
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

1. Det tog ett tag innan vi kom igång med rutinen och färre snabbspirometriker gjordes under sommaren. Men vi nådde nästan fram till målet.
2. Oförändrad andel. Kan bero på flera mätassocierade faktorer, nedgång i listningsgrad och att hemsjukvårdspatienter listas om till mer närliggande mottagningar. Något enormt mörkertal verkar dock inte finnas.
3. Drygt hälften (52%) av snabbspirometrierna indikerade obstruktivitet, 70% av dessa patienter har hunnit genomgå spirometri hos astma/KOL-ssk (några är kvar på väntelistan) och 42% av dessa visade sig uppfylla diagnoskriterierna för KOL. Totalt har i nuläget 5 patienter fått diagnos och erbjudits behandling.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att det inte alltid är helt lätt att implementera en ny rutin och att tydlighet och upprepad information är viktigt. Men också att man utan allt för stora insatser kan åstadkomma en förbättring av verksamheten som är gynnsam för patienterna. Det är mycket glädjande att fem personer som annars kanske hade missats har fått diagnos och möjlighet till evidensbaserad behandling.

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?

Patienterna har tyckt till kring tillgänglighet och information hos undersköterskan. De har erbjudits en undersökning och fått ta ett självständigt men informerat beslut kring åtgärden och den eventuella uppföljningen. Rökning har blivit ett mer vanligt samtalsämne på vårdcentralen.

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 fortsätter med rutinen och påminner löpande om möjligheten till snabbspirometri.

På KOL-området går vi vidare med ett ST-projekt som har till syfte att undersöka den farmakologiska behandlingen av KOL på Skärholmens VC och kontrollera följsamheten till aktuella behandlingsriktlinjer.

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.