

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Astma/KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Sollentuna vårdcentral	
Verksamhetschef Elaine Nilsson	Verksamhetschefens e-post elaine.nilsson@sollentunavc.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 del1 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: Lena Kopitchak
Profession: Sjuksköterska
E-post: lena.kopitchak@sollentunavc.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: Joakim Grimmell, specialist i allmänmedicin. Maryam Lundin, specialist i allmänmedicin. Malihe Ghorbanpoor Rassekh, specialist i allmänmedicin. Dag Strömberg, specialist i allmänmedicin. Elaine

Nilsson, verksamhetschef.

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

B: Intervju i samband med spirometri. Hur upplever patienten att deras astma/KOL har följts upp och önskemål angående uppföljning. Materialet samlas in och utvärderas.

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?

Öka andelen vuxna (18- år) patienter med diagnosen astma eller KOL som har genomfört en spirometri med uppföljande årlig läkarkontroll under år 2024 i jämförelse med år 2023.

Spirometri genomförd på vuxna patienter med astma år 2023 (122 patienter): 4% av patienterna
Spirometri genomförd på vuxna patienter med KOL år 2023 (11 patienter): 0% av patienterna

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/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:

Målet är att minst 50% av vuxna patienter med diagnosen astma eller KOL ska ha genomfört en spirometri med uppföljande årlig läkarkontroll under år 2024. Detta skall leda till en optimering av patientens behandling för astma/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: Ingen astma/KOL mottagning på VC.

1.1: Starta astma/KOL mottagning på VC.

2: Ingen som utför spirometri på VC.

2.1: Börja använda spirometer.
2.2: Utbilda ansvarig ssk med spirometrikörkort.

3: Ingen rutin för att kalla patienter med astma/KOL för kontroll på VC.

3.1: Ansvarig ssk kallar patienter med astma/KOL för kontroll med spirometri och årlig läkarkontroll (Medrave)
3.2: Starta upp väntelista för astma/KOL patienter. Ssk och läkare sätter upp på väntelistan.
3.3: Ansvarig ssk bevakar väntelista och kallar patienter med astma/KOL för årlig spirometri och årlig läkarkontroll.

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?

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 "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	Datum/period	Mål (%)	Källa (t.ex.)	Datum för att
T.ex. Andel patienter med					

	DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	(% eller antal)	för start-läge	eller antal)	Med-rave)	uppnå mål-värdet
Indikator 1	Andel av patienter med diagnosen KOL som har genomfört en spirometri under år 2024.	0%	24-01-01	50%	Medr ave	Dec 2024
Indikator 2	Andel av patienter med diagnosen astma som har genomfört en spirometri under år 2024.	4%	24-01-01	50%	Medr ave	Dec 2024
Indikator 3	Antal spirometri per månad.	0,4	24-01-01	12	Medr ave	Dec 2024
Indikator 4						
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 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 dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Planera

- Vi behöver ta fram information till patienter kring de nya riktlinjerna – viss.nu, kloka listan eller skaffa egna material

- Vi behöver se över rutiner hur vi arbetar med astma-KOL-mottagningen

- Vi behöver se över hur vi kan anpassa arbete enligt nya riktlinjerna i team sköterska-läkare-patient.

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)

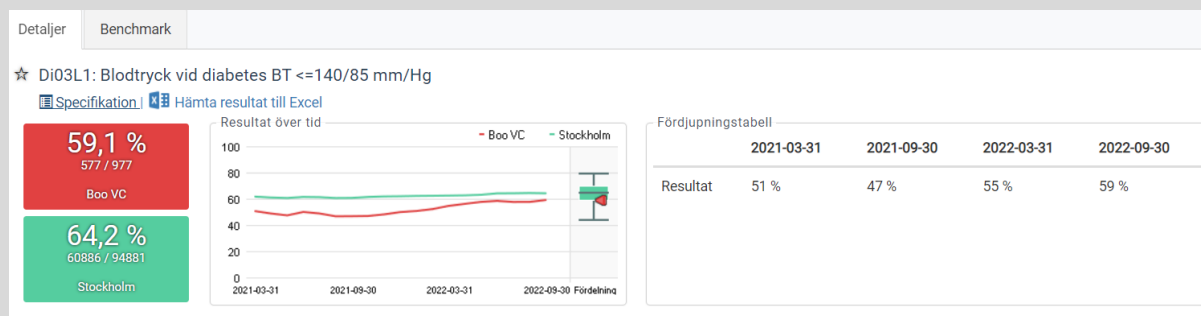
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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 arbetat med att erbjuda fler spirometrier och astma-KOL-sköterska har kallat till spirometri och bokat återbesök till läkare efter genomförd spirometri

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>Andel av patienter med diagnosen KOL som har genomfört en spirometri under år 2024.</i>	0%	2024-01-01	50	40% av 10 KOL patienter	Medrave	15 januari 2025

Indikator 2	Andel av patienter med diagnosen astma som har genomfört en spirometri under år 2024.	4%		50	6% av 109 astma patienter	medra ve	15 januari 2025
Indikator 3	Antal spirometri per månad.	0,4	2024-01-01	12	1,2	Medra ve	T.ex. dec 2024
Indikator 4							T.ex. dec 2024
Indikator 5							T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi hade ambitiösa mål, vissa nådde vi nästan , andra kan vi arbeta vidare med – men vi ser att förbättring har skett av alla indikatorer vi valde.

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?

Vi har tyvärr inte kunnat genomföra alla delarna och erbjuda spirometri undersökning till 50% av våra patienter om som vi önskade.

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 kommer att fortsätta med vårt arbetssätt även efter avslutat projekt. Vi kommer att fortsätta med att kalla patienterna till årskontroller och göra spirometri.
Vi kommer fortsätter arbeta med Astma -Kol och se över behandling hos astma Kol patienter i förbättringsarbete 2025 .