

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

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

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Tullinge vårdcentral	
Verksamhetschef Eva Martin	Verksamhetschefens e-post eva.martin@regionstockholm.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: Maria Braga
Profession: ST läkare
E-post: <a href="mailto:maria.paim-esteves-moreira-braga@regionstockholm.se">maria.paim-esteves-moreira-braga@regionstockholm.se</a>
<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"><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 sidosjukvård, 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> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Maria Braga ST-läkare, Maria Dumitrescu specialistläkare, Henrik Sanderborg specialistläkare, Malgorzata Nowacka sjuksköterska, Rasmus Olsson administratör, Heléne Ersson undersköterska, Kristina Moberg undersköterska

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

B:

1. Enkät till patienter - kartlägga deras kunskap om KOL, dess riskfaktorer och symtom; förslagsruta avseende tema KOL på vårdcentralen – ”vad kan vi förbättra?”
2. Utforma frågeformulär i samråd med patienter i form av intervjuer
3. Mingel med allmänheten på ”fråga doktorn!” PRO Tullinge

### **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?**

KOL är en av vår tids stora folksjukdomar.

Enligt viss.nu förekommer KOL i Sverige hos cirka 8–10% av befolkningen men hälften beräknas vara odiagnostiserade, de flesta i tidigt stadium av sjukdomen.

Hos aktiva rökare har 5% KOL vid 40 års ålder och 50% vid 75 års ålder.

Omkring 3,000 personer dör årligen i KOL och dödligheten ökar, främst bland kvinnor.

Enligt en svensk studie lever patienter med KOL i genomsnitt 8 år kortare än de utan KOL. (1)  
1 av 5 KOL-patienter dör inom loppet av ett år efter en svår KOL-exacerbation. (2)

KOL kan dock vara en tyst sjukdom och symptomen kan komma krypande under många år.

Enligt primärvårdskvalitetsregistret har vi i dagsläget 1,4% KOL prevalens på Tullinge vårdcentral. Mot bakgrund att hälften av KOL populationen i Sverige beräknas vara odiagnostiserad, samt att Botkyrkas kommun tillhör en av de kommuner inom region Stockholm med högre andel dagligrökare kan vår siffra betraktas som låg.

Merparten av patienter med KOL inte upptäckas av sjukvården eller/och av patienten själv. Detta av olika anledningar såsom otillräcklig uppmärksamhet och/eller rapportering av milda symtom (t.ex. dyspné) eller ospecifika symtom (t.ex. trötthet).

Därför kan screening av riskgrupp patienter hjälpa oss hitta patienter som annars inte skulle fångas.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub>-mätning ("minispirometer" eller copd-6 mätare) som inledande utredning till personer med misstänkt KOL och som röker eller har rökt (prioritet 2).

I dagsläget saknas screening av riskpatienter på Tullinge vårdcentral vilket ofta leder till långa väntetider för spirometri och onödiga undersökningar.

Vårt mål är att implementera screening av riskgrupp patienter med copd-6 mätare för att försöka hitta fler patienter med KOL hos vår befolkning. Vår ambition är att tidigt upptäcka och behandla de som har KOL så att sjukdomen ej blir invalidiserande, samt minska dödligheten och förbättra patientens livskvalitet.

#### Referenser:

1. Stållberg B, et al. Prim Care Respir J 2014
2. Ho T-W, et al., 2014;9(12):3114866

#### 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.

Att implementera screening av riskgrupp patienter med copd6 mätare

#### 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:

Vårt mål är att kunna implementera screening av riskpatienter med copd-6 mätare för att försöka hitta fler patienter med KOL hos vår befolkning. Vår ambition är att tidigt upptäcka och behandla de som har KOL så att sjukdomen ej blir invalidiserande, samt minska dödligheten och förbättra patientens livskvalitet.

Utöver detta vill vi se över att alla som är rökare får råd om tobaksavvänjning. Vi planerar nämligen intern utbildning om tobaksavvänjning rådgivning samtal för både sjuksköterska- och läkargrupperna med föreläsare från Sluta-Röka-Linjen.

#### 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/>

1: Vi saknar bra rutiner och flöde för screening av riskpatienter.

2: Vi har långa väntetider för spirometri.

#### 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/>

1.1: Implementera screening med copd6 mätare  
1.2: Införa tydliga rutiner

2.1: Implementera screening med copd6 mätare  
2.2: Förbättra patientflödet och skapa nya rutiner

3: Vi har begränsad kunskap om hur copd6 mätare används och tolkas.	3.1: utbildning till personal om undersökning och tolkning
4: okunskap i befolkningen/våra patienter vilket leder till att patienterna underrapporterar symtom till sjukvården	4.1: Föreläsning på "fråga doktorn!" PRO Tullinge om tema KOL 4.2: enkät till patienterna för att kartlägga deras kunskap om KOL 4.3: Information om KOL i väntrummet

### 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/verktogs-lada-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 snabbspirometri 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri 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>Genomförda COPD6-mätningar senaste året Term FEV1/FEV6, förenklad lungfunktionsmätning</i>	1	231231	100	Medrave	241231
<b>Indikator 2</b>	<i>Procentuell andel av listade patienter med diagnosen KOL</i>	1.4%	231231	2%	PVK	241231
<b>Indikator 3</b>	<i>Tobaksavvänjning rådgivande samtal KVÅ DV112, DV111</i>	5	231231	20	Medrave	241231

### 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-forbattringstrappa/>

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?

*Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.*

När en riskpatient uppmärksammas med flödet bokas patient till ansvarig undersköterska för screening med copd6 mätning. Efter undersökningen registreras patientens längd, vikt, saturation, paketår, FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub> förenklad lungfunktion. Om avvikande värde remitteras patienten till spirometriundersökning. Därefter sker patientens uppföljning hos patientansvarig läkare eller husläkare.

Riskpatienterna kan uppmärksammas av läkare eller sjuksköterskor, alternativt genom spontan ansökan. Vi kommer att ha affisch i väntrummet och patienten själv kan höra av sig till receptionen om hen önskar genomgå screening. Personalen i receptionen kan boka en screeningundersökning om patienterna uppfyller kriterierna enligt flödet.

Varje patient som ska genomgå copd6-mätning fyller i frågeformulär avseende riskfaktorer och symtomskattning.

**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](mailto: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

Under vårt kvalitetsarbete har vi påbörjat användningen av copd6-mätningar som en inledande utredning till patienter med misstänkt KOL och som röker eller har rökt, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation.

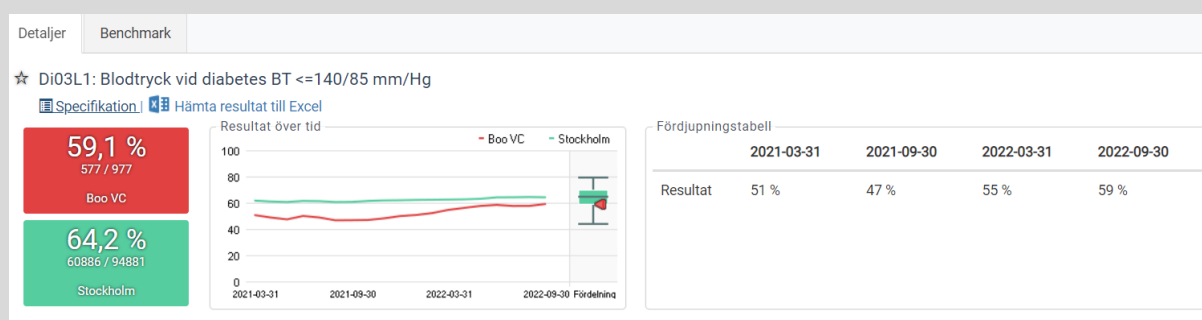
Vi har utbildat vår personal i att använda och tolka copd-6 mätningar, samt stärkt deras kompetens inom tobaksavvänjningssamtal genom föreläsning från Sluta-Röka-Linjen.

Vi har ökat patientens kunskap om sjukdomen genom föreläsning om KOL på ”Fråga Doktorn” vid PRO Tullinge, samt genom affischer i väntrummet.

Vi har implementerat screening med copd-6 mätare, infört tydliga rutiner och förbättrat patientflöde. Vi kommer att fortsätta använda copd-6 mätningar som en inledande utredning vid misstänkt KOL sjukdom.

### 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
<b>Indikator 1</b>	Genomförda COPD6-mätningar senaste året	1	231231	100	35	Medrave	241231

	<i>Term FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub>, förenklad lungfunktionsmät ning</i>						
<b>Indikator 2</b>	<i>Procentuell andel av listade patienter med diagnosen KOL</i>	1.4%	231231	2%	1.4%	PVK	241231
<b>Indikator 3</b>	<i>Tobaksavvänjnin g rådgivande samtal KVÅ DV112, DV111</i>	5	231231	20	33	Medrave	241231

**Övriga kommentarer:**

Trots våra ansträngningar har prevalensen för KOL på vårdcentralen inte ökats. Detta kan bero på att antalet screeningundersökningar inte var tillräckligt för att ge en signifikant förändring. Vi har dock kunnat se att copd6-mätningar har lett till färre onödiga spirometrier och därmed kortare väntetider för patienter som behöver denna undersökningen. Gällande tobaksavvänjningssamtal har vi sett en tydlig förbättring som överträffade vårt mål. Detta resultat är sannolikt ett resultat av utbildningen av Sluta-Röka-Linjen och ökat fokus på tobaksavvänjning. Med tanke på att Botkyrkas kommun tillhör en av de kommuner inom region Stockholm med högre andel dagligrökare är detta ett framgångsrikt resultat. Dessa resultat visar att vissa åtgärder varit framgångsrika, medan andra kräver fortsatt arbete.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Copd6-mätning är en effektiv, enkel och användbar metod för att tidigt identifiera patienter med KOL. Med denna implementering har vi även kunnat effektivisera vårt flöde och undvika onödiga spirometrier och förkorta väntetiden för spirometriundersökning. Vi har lärt oss även att för att säkerställa framgång krävs tydliga arbetsflöde och tydliga rutiner. Patientengagemang, såsom genom mingel och direktkontakt under läkartid mm. är avgörande för att uppmärksamma riskgrupper och få fler att genomgå screening.

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 haft föreläsning och mingel med PRO Tullinge för att sprida kunskap om KOL, deras symtom och vikten av tidig upptäckt. Genom att ställa olika affischer i väntrummet och möjligheten för patienter att själva kontakta receptionen har vi ökat tillgänglighet och uppmuntrat patienter att delta i screeningen.

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 siktar på att genomföra fler copd-6 mätningar och följa upp vårt mål att öka KOL prevalensen bland våra patienter. Vi kommer att fortsätta använda copd-6 mätning som första steg i våra lokala rutiner vid misstanke om KOL sjukdom. Vi planerar att fortsätta fördjupa och utbilda oss inom sjukdomen och öka kompetens inom utredning av lungsjukdomar och även tobaksavvänjning. Vi planerar fortsatt samarbete mellan olika professioner.

**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.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.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.