

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Valsta vårdcentral	
Verksamhetschef Susanne Hejra	Verksamhetschefens e-post Susanne.hejra@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: Susanne Zoffman-Petersen
Profession: Sjuksköterska
E-post: <a href="mailto:susanne.zoffmann-petersen@regionstockholm.se">susanne.zoffmann-petersen@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> <p>A: Susanne Zoffmann Petersen ssk, Nellie Karlsson usk, Rolf Tryselius MLA.</p> <p>B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.</p>

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?**

KOL utvecklas med tiden samt samvarierar med annan kronisk hjärt-kärlsjukdom så är det en viktig diagnos att hitta hos våra patienter.

Enligt VISS.nu och andra källor är prevalensen för KOL 4-7% men att endast 20% av dessa är diagnostiserade.

På Valsta Vårdcentral är prevalensen för KOL endast 1, 6% . Tobaksrök är den enskilt viktigaste faktorn i västvärlden för utvecklandet av KOL.

I Sigtuna kommun röker 9,3 % av befolkningen över 45 års ålder. Merparten av patienter har inga eller lätta symptom som vilket gör att det finns risk att sjukdomen inte uppmärksammas i vården. FEV1/FEV6 mätning med enkel minispirometer (CoPd 6) kräver mindre tid och resurser att utföra än en diagnostisk spirometri och är lämplig som ett screeninginstrument på rökare och före detta rökare. Undersökningen kan identifiera individer med hög sannolikhet för KOL som bör gå vidare till diagnostisk spirometri. Vid CoPd6 test med mått på kvot <0,73 eller FEV% på <80% kommer spirometrin sedan att i 79% uppfylla kriterier för diagnos KOL. Detta gör att man lättare kan detektera tidig KOL och tidigt sätta in insatser med behandling för rökavvänjning och medicinsk behandling för att lindra besvären och hindra fortsatt progress av lungfunktionsnedsättning.

### **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.

Ökad detektion av kroniskt 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/verktyslada-forbattningstrappa/>

**Formulera här era mål:**

Vårt mål är;

att hitta fler KOL-patienter. med lätta symtom och i tidigt skede genom CoPd6 mätning  
att genom smidiga smarta arbetssätt göra det enkelt att göra rätt

#### 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/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan:  
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Pandemin har stoppat spirometrier

1.1: Utvärdering av bromsade vårdflöden i hela personalgruppen. Kunde vi gjort på ett annat sätt?

1.2:

1.3:

2: Ostrukturerat arbete, saknades rutiner för flödet.

2.1: Skapa nya rutiner  
2.2: Omvärldskoll, hur går våra vårdgrannar (SLSO)?  
2.3: Testa nya arbetssätt utvärdera under hela processen.

3: Personalomsättning

3.1: Kan tydligt förenklade rutiner minska risken att spirometrier inte utförs trots personalomsättning?

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/verktyslada-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.**

	<b>Indikatorerna</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>	Antal patienter med KOL	37 62? (gups)	202400101	50	Medrave	20241231
<b>Indikator 2</b>	Antal som genomförda Copd-6 mätningar	0	202400101	20	Statistik och uppföljning	20241231
<b>Indikator 3</b>	Total utförda spirometri	72	202400101	80	Gups	20241231
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter listade med identifierat tobaksbruk	37	202400101	50	Medrave	20241231
<b>Indikator 5</b>	Antal patienter med CAT skattning dokumenterat	10 av 37 (27%)	202400101	100%	medrave	20241231

**Kommentar (valfritt):**

*Svårigheter att hitta ett sätt att få fram statistik för Copd6 mätning, förenklad lungfunktionsmätning*

**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?

Genom att testa screening på vårt PNA lab, det ska vara lika lätt som att ta ett CRP.  
Lära upp undersköterska på lab att utföra Copd6 mätning.  
Ha ett event med snabb frivillig screening i väntrummet.

**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.slso@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 lärt upp fler i vår personalgrupp att kunna utföra copd6 samt införskaffat fler för att de ska vara lätta att komma åt.

Våra planerade aktiviteter att ha screening i väntrummet har tyvärr inte blivit av än.

### **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>	Antal patienter med KOL	37 st	240101	50	43	medrave	241231	
<b>Indikator 2</b>	Antal som genomförda Copd-6 mätningar	0	240101	20	3	Statistik och uppföljning	241231	
<b>Indikator 3</b>	Antal gjorda spirometrier	72	240101	80	83		241231	
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter listade med identifierat tobaksbruk	37	240101	50	841 av listade.	medrave	241231	
<b>Indikator 5</b>	Antal patienter med CAT skattning dokumenterat	10 av 37	240101	100%	16 av 43	medrave	241231	
<b>Övriga kommentarer:</b>								
<p>Angående CAT har i haft problem med synligheten i Medrave då information inte har fångats upp.</p> <p>Förenklad lungfunktionsmätning har varit svårt att få fram statistiskt. Vi har gått in på 14695. FEV1/FEV6, förenklad lungfunktionsmätning i statistik och uppföljning. Efter rekommendation från Daniel Dohrnfors, SLSO.</p> <p><b>Kommentar angående indikator 4:</b> Där har vi missförstått och utgått från KOL patienterna istället för totalen. Totalen är ett helt annat resultat. 2023 var det 747 av Valstas listade patienter och 2024 841.</p>								
<b>Slutreflektion</b>								
Vad har ni lärt er?								
<p>Vi har uppdaterat våra rutiner för KOL mottagning och se hur svårt det kan vara med en liten grupp som arbetar med förbättringsarbete. Det blir skört och resultatet därefter.</p> <p>Då vi inte har fast anställda specialister i allmänmedicin så gör det arbetet svårare i och med det så har vi beslutat att vi kommer ha ronder för astma/KOL patienter samt övriga kroniker regelbundet under året för att stärka patientsäkerheten.</p>								

Utmaningar att alla utgår från rätt variabler vid kontroll av statistik har vi stött på och insett att dokumentering av urval är av vikt så resultatet blir tillförlitligt.

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 förberett enkla enkäter som våra pat ska få fylla i.

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.

Även om resultatet inte blev så stort som vi önskat så kommer vi att fortsätta med vårt nya arbetssätt och lyfta fram Copd6 mätningar i vårt dagliga arbete. Vi brast i patientsamverkan och det tar vi med oss till nästa förbättringsarbete.

**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.

## Screening med COPD6-mätare, flödesschema - lokal rutin Valsta vårdcentral

Gäller för Stockholms läns sjukvårdsområde/Primärvård/Valsta vårdenhet

**Syfte:** Att identifiera kronisk luftvägsobstruktion på patienter i samband med mottagningsbesök och att på så sätt skilja ut vilka patienter som behöver remitteras för spirometri, samt att hitta fler patienter med KOL i ett tidigt skede

### Vilka patienter?

- Patienter > 40 år med pågående rökning eller f.d rökare med luftvägssymtom >10 paketår.
- Patienter med anamnes på andningsbesvär och/eller återkommande nedre luftvägsinfektioner
- Obs! Patienten ska EJ ha pågående luftvägsinfektion

### Hur?

Vårdgivare ordinerar COPD6-mätning på bokningsmall samt utför beställning i mätvärden" – "FEV1/FEV6, förenklad lungfunktionsmätning"

Ssk/dsk el. usk utför mätningen i provtagningsrum.

Tre mätningar utförs och bästa resultaten dokumenteras i "FEV1/FEV6, förenklad spirometri.

2021-10-08	16:48	Vidimeringsansvarig: <input type="checkbox"/>		
Term	Mätvärde	Kommentar	Enhet	Villkor
Längd			cm	mellan 10 och 250
Vikt			kg	mellan 0 och 500
Midjemått			cm	
Pulsfrekvens			slag/min	
Blodtryck systoliskt - övre			mmHg	
Blodtryck diastoliskt - nedre			mmHg	
Andningsfrekvens			andetag/min.	
Saturation			%	
PEF			l/min	
Kroppstemperatur			°C	mellan 25 och 45
FEV1/FEV6, förenklad lungfunkt...	Lägre än normalt (lägre än 0,73)	FEV1 >80 % av förväntat		

Värden som noteras och förmedlas till vårdgivare: FEV1/FEV6 och FEV1 i procent av förväntat värde, det senare dokumenteras tillsvidare i fri text (termansökan är inlämnad).

Om FEV1/FEV6 är lägre än 0,73 och/**eller** FEV1 är lägre än 80 % bokas patienten till spirometri av ssk/dsk el usk som även sätter in en receptbokning till husläkare/jourläkare om luftrörsvidgande inhalationsläkemedel, informerar patienten att läkemedlet ska **tas med** till spirometribesöket.

Patienten bör vara noga informerad av vårdgivare om tågordningen så att inte utförare behöver informera om ev. misstanke KOL. Patienterna kan även prova sin luftrörsvidgande inhalator vid ev. andningsbesvär vilket kan utvärderas vid spirometribesöket.

**OBS!** Metoden är inte diagnostisk!

**OBS!** Metoden kan även fånga tillfällig bronkobstruktion men kan EJ utesluta astma!

## Hygien

Filtermunstycke ska användas och kasseras efteråt, apparaten spritas samt även utsatta ytor.

Apparatens hållbarhet är ett år. Personal som utför mätningen bör ha handskar, visir och/eller munskydd.



Gräns kvot FEV1/FEV6 < 0,73

FEV1 < 80% av förväntat



**SPIROMETRI**



