

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: KOL och tobaksstöd

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Capio VC Badhotellet

Verksamhetschef
Susanne VanCrete

Verksamhetschefens e-post
Susanne.vancrete@capio.se

Instruktioner till mottagningen

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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2023**, **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

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 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2024** **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Jenny Lindgren

Profession: Distriktssköterska, astma/kol sköterska, tobaksavvänjare

E-post:jenny.lindgren3@capio.se

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- 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 sidotjänstgöring, 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).

A: Ange övriga teammedlemmar och deras professioner

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

A: Constantin Gavralidis (Distriktsläkare), Amanda Estaifo (Distriktsläkare), Aramia Sauma (Leg.läkare), Susanne VanCrete (Verksamhetschef/Distriktsköterska, diabssk), Anna-Karin Nyberg

(Bitrvc, Distriktssköterska, diabssk), Maria Palm (sjuksköterska), Åsa Auregård (Distriktssköterska) och Annika Wiberg (Sjuksköterska, diabssk)

B:

Vi kommer att lämna ut ett anonymt frågeformulär till de patienter som tillfrågas gällande tobaksstöd för att få en insikt i hur de upplever att det är att få frågan gällande detta. Vi kommer även att be om förslag på förbättringar.

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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vi har sett att när vi jobbar fokuserat på en patientgrupp uppnås goda resultat och vi hittar bifynd som blir positiva för övriga patienter med kroniska sjukdomar.

Vi har enligt QPI utfört spirometrier på 80% av de patienter som har en KOL diagnos.

Avseende patientgruppen med KOL diagnos är vi bra på att fråga om rökvanor (88%) men däremot har vi enbart registrerat att 5% (1 av 22) har erbjudits rökavvänjning och detta önskar vi öka.

Vi vet att de flesta vårdcentraler har en låg diagnosteringsgrad gällande KOL i dagsläget (riktvärde 6-7% är rimligt). Att tidigt diagnostisera är viktigt för att öka livskvalité och arbeta preventivt i sjukdomsförloppet. Vi har idag 80 patienter med diagnostiserad KOL på vårdcentralen vilket motsvarar 1,5% av alla listade patienter.

Genom att börja använda COPD6 mätare kan vi vara mer effektiva och lägga fokus där det behövs.

Att arbeta på detta sätt kommer göra det möjligt att snabbt identifiera om en person ligger i riskzon för KOL och sedan planera vidare. Detta resulterar i en mer effektiv KOL mottagning.

Vi hoppas som "bifynd" kunna erbjuda kvalificerat rådgivande samtal ang tobaksbruk även till andra patientgrupper med kronisk sjukdom tex prediabetiker/diabetiker samt patienter med hjärt- och kärlsjukdom. Detta för att på sikt minska riskerna för allvarliga komplikationer och förtidig död.

Enligt primärvårds-kvalité har 3,3% av våra kroniskt sjuka patienter som röker fått rådgivning gällande tobaksbruk. Här ligger vi lågt i jämförelse med övriga Stockholm där siffran ligger på 16,7%. Detta har vi som mål att öka.

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 och Tobaksstöd

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringsstrappa/>

Formulera här era mål:

- 1) En effektivare KOL mottagning med ökad diagnostiseringsgrad avseende KOL.**
- 2) Erbjuder fler KOL patienter hjälp med rökavvänjning.**
- 3) Erbjuder fler personer med andra kroniska sjukdomar hjälp med rökavvänjning.**
- 4) Öka antalet kvalificerade rådgivande samtal gällande tobaksbruk.**

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-forbattringsstrappa/>

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: Covidpandemin - minskat antal utredningsspirometrier = minskat antal med diagnos KOL.

1.1: Screening med COPD6 mätare. Köpa in 2 mätare.
1.2: Vidare till astma/KOL mottagningen för utredningsspirometri om COPD6 värden under 0,73.
1.3: Nya patienter läggs upp på befintlig väntelista.

2: Vi frågar inte patienterna i tillräckligt hög utsträckning gällande tobaksvanor.

2.1: Alla yrkeskategorier **ställer frågan** gällande tobaksvanor och registrerar detta i TakeCare.
2.2: Alla yrkeskategorier ska **erbjuder tobaksstöd** hos sjuksköterska (med utbildning i kvalificerad tobaksavvänjning). Detta ska också dokumenteras i TakeCare under mallen tobak och rökslutarstöd.
2.3: Alla som erbjuds kvalificerat rådgivande samtal gällande tobak och tackar ja **ska erhålla en tid** för samtal

3: Vi har tidigare inte arbetat aktivt med att fråga våra patienter om de önskar kvalificerat tobaksstöd. Vi har enbart haft en distriktssköterska som arbetat med detta under en kortare period.

3.1: Utbildning i kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk.
3.2: Etablera mottagning för kvalificerad tobaksavvänjning.
3.3: Planera patienterna vidare genom att de får en tid för uppföljning efter varje besök fram tills avslut.

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-forbattringstrappa/>

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 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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med KOL Diagnos</i>	80 st = 1,5%.	2023-02-06	3 %	Primärvårdskvalité	Dec 2023
Indikator 2	<i>Andel patienter som tillfrågats om rökvanor, vid KOL, diabetes och Hypertoni</i>	Hypertoni 54% KOL 88% Diabetes: 81%	2022-02-01 – 2023-02-06	Hyper-toni: 70% KOL: 95% Diabetes: 95%	Med-rave översikt diagnoser	Dec 2023
Indikator 3	<i>Andel patienter som är dagligrökare och har en kronisk sjukdom som fått rådgivning gällande tobaksbruk.</i>	3,3% (4st)	2022-02-01 – 2023-02-06	10%	Primärvårdskvalité.	Dec 2023
Indikator 4	Antalet COPD6 mätningar	0 st	2023-02-06	100 st	Egen lista för hand	Dec 2023

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 fika-rummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action

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 ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar.

Vi kommer att gå igenom förbättringsarbetet med alla yrkeskategorier under mötestid i februari. I mars kommer vi att böja med att aktivt implementera arbetssättet (alla yrkeskategorier)

Vi kommer att göra reklam i väntrummen gällande erbjudande om tobaksstöd samt COPD6 mätning (Jenny och Aramia).

Sätta upp skyltar om hälsorisker av tobaksbruk (Jenny och Aramia).

Vi kommer att ändra i schemamallarna för astma/Kol sköterska där en viss tid avsätts för screening via COPD6 mätning. De som sedan behöver göra en fullständig spirometri kommer att kallas för detta via brev.

Alla yrkeskategorier ska tillfråga patienterna och registrera tobaksstatus i journalen. Detta registreras under levnadsvanor vid alla årskontroller på hypertoniker, diabetiker och KOL-patienter.

Utvärdering: Stående punkt på APT 1 gång/månad.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in senast 28 februari 2023 till: forbattringsarbeten.apc.sloso@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. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vi började med att informera alla kollegor på ett APT möte där vi gick igenom målen och hur upplägget såg ut. Vi tog kontakt med IT-avdelningen och arbetade tillsammans fram information gällande tobaksavvänjning som sedan rullade på tv:n i väntrummet. Vi tog även fram skriftlig information gällande screening med Copd6 mätare som sattes upp på en dörr i väntrummet under vissa dagar när vi hade drop in.

Genom att alla yrkeskategorier ställde frågan gällande tobaksbruk både vid planerade besök och även i vissa fall vid akuta besök uppmärksammade vi personer som låg i riskzonen för KOL. Vi hittade även personer som brukade annan typ av tobak än cigaretter.

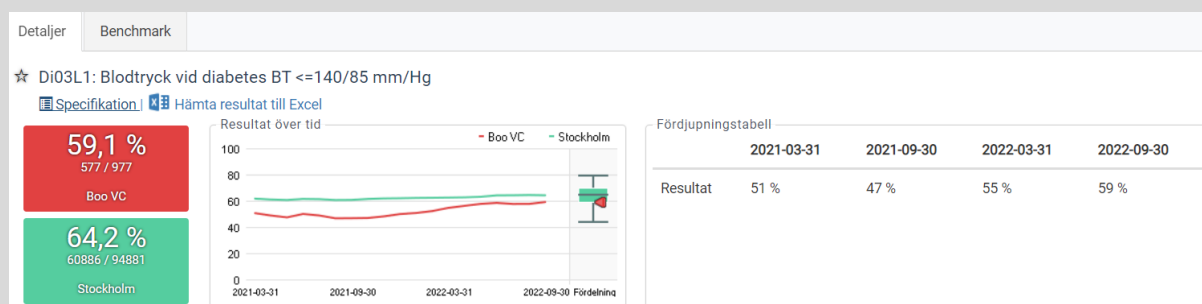
De personer som låg i riskzonen för KOL fick under besökt genomföra en Copd6 mätning. De som hade ett Copd6 värde under 0,73 erbjöds sedan en tid för vidare utredning med spirometri. Utförda Copd6 mätningar registrerades på en manuell lista där vi skrev datum, tid och resultatet av mätningen. Av 24 utförda Copd6 mätningar hade 8 personer värden under 0,73 och de planerades därför vidare för spirometri.

De patienter som uppgav att de brukade tobak fick frågan om de hade funderingar/tankar på att sluta. De som svarade ja fick erbjudande gällande kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk. De som var positiva till detta planerades vidare och fick i regel en tid inom 1 vecka.

Vi har under årets gång gjort en gemensam ansträngning genom att påminna varandra om vikten av att ställa frågan gällande tobaksbruk och även att vi nu har en Copd6 mätare (detta har skett både under mötestid och även via händelser i schema).

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:**



	Indikatorerna 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	Andel patienter med KOL diagnos	1,5 % (80st)	2023-02-06	3%	1,6 % (91st)	PrimärvårdsKvalitet	5/1 2024. Pga sjukdom i slutet av december

Indikator 2	<i>Andel patienter som tillfrågats om rökvanor, vid KOL, diabetes och Hypertoni</i>	Hypertoni 54% KOL 88% Diabetes: 81%	2023-02-06	Hypertoni: 70%. KOL: 95% Diabetes: 95%	<i>Hyperton i: 67% KOL: 94%. Diabetes: 90%</i>	Med-rave översikter	5/1 2024
Indikator 3	<i>Andel patienter som är dagligrökare och har en kronisk sjukdom som fått rådgivning gällande tobaksbruk.</i>	3,3% (4st)	2023-02-06	10%	11% (38st)	Primärvårds kvalité.	5/1 2024
Indikator 4	Antalet COPD6 mätningar	0	2023-02-06	100 st	24 st	Manuell lista	5/1 2024

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Våra förhoppningar gällande intresset för Copd6 mätning hos våra patienter stämde inte överens med verkligheten. Vi hade en tro på att fler patienter skulle vara intresserade av detta än var de faktiskt var. Vi avsatte tid för Copd6 mätning flera gånger/vecka men det var enbart 1 person som själv önskade utföra undersökningen. Resterande 23 personer utförde mätningen efter att de träffat läkare eller sjuksköterska.

Vi har lärt oss att arbeta med tobaksfrågor och våga prata om detta på ett mer naturligt sätt. Vi har även lärt oss att det finns svårigheter att få all personal att komma ihåg att ställa frågan, dokumentera rätt och att arbeta aktivt med detta. Speciellt då vi tyvärr har haft en del långtidsfrånvaro och inhyrd personal.

En annan reflektion är hur oerhört viktigt det är att dokumentera under "rätt" sökord för att Medrave ska registrera informationen. Vi uppmärksammade att det var en del svårigheter med detta i början. Detta har vi försökt att arbeta aktivt med genom upprepade genomgångar och uppmanat kollegor till att fråga om hjälp när det har varit aktuellt.

Vi har trots frånvaro i den ordinarie arbetsgruppen kommit en god bit på vägen trots att vi inte riktigt nådde hela vägen fram till våra uppsatta mål. Vi har dock ökat antalet tillfrågade patienter gällande rökvanor i alla 3 diagnosgrupperna (hypertoni, diabetes och KOL).

Något positivt är att vi har lärt oss att arbeta mer aktivt med rådgivning gällande tobaksbruk och att det faktiskt är fler personer som tackar ja till detta om de får frågan än vad vi ursprungligen trodde. Gällande denna indikator har vi nått målet och lite därtill.

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?

De patienter som fick frågan gällande intresse av specifik tobaksrådgivning tillfrågades om de kunde fylla i ett anonymt frågeformulär och svara på några enkla frågor som handlade om hur det var att få frågan gällande detta. Det var totalt 13 st patienter som valde att fylla i formuläret och sedan lämna in det i en brevlåda som vi hade vid receptionen. Alla 13 ansåg att det kändes bra eller

okey att få frågan men det var ingen som tackade ja till erbjudandet där och då. Svaren varierade: inget intresse alls, inte nu, kanske längre fram.

Under de samtal gällande tobaksavvänjning som vi har haft var det den enskilda patienten som var i fokus och upplägget blev olika för varje enskild patient. Detta då vi utgick från deras egna önskemål och erfarenheter.

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 nådde inte upp till det önskade antalet Copd6 mätningar som vi hade hoppats på men vi kommer ändå att fortsätta att använda detta screeningverktyg när det är aktuellt då det är en enkel undersökning och det sparar även en hel del tid på mottagningen.

Att uppmärksamma och ställa frågan gällande tobaksbruk samt rådgivning gällande tobaksbruk kommer att fortsätta då det är en mycket viktig del i det hälsofrämjande arbetet. Nu har vi en stabil arbetsgrupp igen och vi har även lärt oss mer gällande hur vi ska dokumentera detta för att det ska registreras på rätt sätt.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se