

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *KOL*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Danderyds Vårdcentral	
Verksamhetschef Camilla Lannefors	Verksamhetschefens e-post Camilla.lannefors@regionstockholm.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 del1 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 <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> 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: Benoit Couzineau
Profession: DL
E-post: benoit.couzineau@regionstockholm.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 med namn och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
A: Övriga teammedlemmar: • Dsk Madeleine Jönsson • Receptionen; Anette Engfors • Usk; Helena Wikstrand

- Sjö; Camilla Lannefors

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

- Danderyds Vårdcentral kommer att involvera patienter genom att inkludera dem i samtal kring KOL och vidare även ha en förbättringslåda.

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?

En stor del av Danderyds VC listade patienter är över 65 år vilket innebär att många är multisjuka. Danderyds VC har en god kvarstannandegrad vilket spelar en stor roll för patienten och 98% av våra listade patienter har en namngiven doktor. Detta ger en ökad möjlighet till kontinuitet för planerade besök. Vidare är tillgängligheten god men vi vill förbättra vår kvalitet generellt och specifikt inom KOL. Vi har valt att arbeta med KOL då det är en diagnos där man med fördel kan arbeta i team. Denna patientkategori drabbades under Pandemin då spirometrier ej kunde utföras liksom inte heller screening för sjukdomen med COPD-6 då det förelåg en smittspridningsrisk.

Genom detta kvalitetsarbete vill Danderyd återuppta ett interprofessionellt arbete där alla medarbetare arbetar åt samma håll. Vår upplevelse var att under Pandemin kom vi att arbeta allt mer i stuprör. Vårt mål med detta kvalitetsarbete är att alla medarbetare på vårdenheten deltar i detta arbete på olika sätt och att vi blir bättre på att upptäcka KOL patienter.

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-forbattringsstrappa/>

Formulera här era mål:

Genom detta kvalitetsarbete vill Danderyd återuppta ett interprofessionellt arbete där alla medarbetare arbetar åt samma håll. Vår upplevelse var att under Pandemin kom vi att arbeta allt mer i stuprör. Vårt mål med detta kvalitetsarbete är att alla medarbetare på vårdenheten deltar i detta arbete på olika sätt och att vi blir bättre på att upptäcka KOL patienter. Detta ämnar vi göra på följande sätt:

1. Syftet är att öka antalet nya patienter med KOL.
2. Utveckla ett flöde som inkluderar alla på vårdcentralen inkl Danderyds Rehab.

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: Denna patientkategori drabbades under Pandemin då spirometrier ej kunde utföras liksom inte heller screening för sjukdomen med COPD-6 då det förelåg en smittspridningsrisk.

1.1: Definiera kriterierna för screening. Mål är att detta är klart i slutet mars 2023.
1.2: Bygga flödet och utforma informationsmaterial till patienter för erbjudandet av screening. Mål att detta är klart i slutet av mars 2023.
1.3: Utbilda medarbetare angående flödet och COPD-6 testet. Mål att detta är klart i slutet av april 2023.

2: Detektionsgraden ligger 1,3 %

2.1: Börja med rekrytering av patienter 230508
2.2: Fortsätta med utbildning av de olika medarbetarna. Samtliga skall vara utbildade i slutet av juni 2023.

3: Utvärdering

3.1: mäta detektionsgraden i december 2023
3.2: Utvärdera om flödena var tillfredställande.

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/vertygslada-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 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.</i>	131 st	230131	150 st	Med-rave.	240131
Indikator 2	<i>Antal COPD-6 har utförts</i>	0 st	230131	30 st	Med-rave.	240131
Indikator 3						<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2023</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2023</i>

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/vertygslada-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 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?

Plan; Definiera kriterierna för screening.

Göra; Bygga flödet och utforma informationsmaterial till patienter för erbjudandet av screening.

Göra; Kontinuerlig utbildning av medarbetare angående flödet och COPD-6 testet.

Göra; kontinuerlig rekrytering av patienter

Studera; Blev resultatet som vi tänk?

Agera; om vi behöver justera det vi har studerat.

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

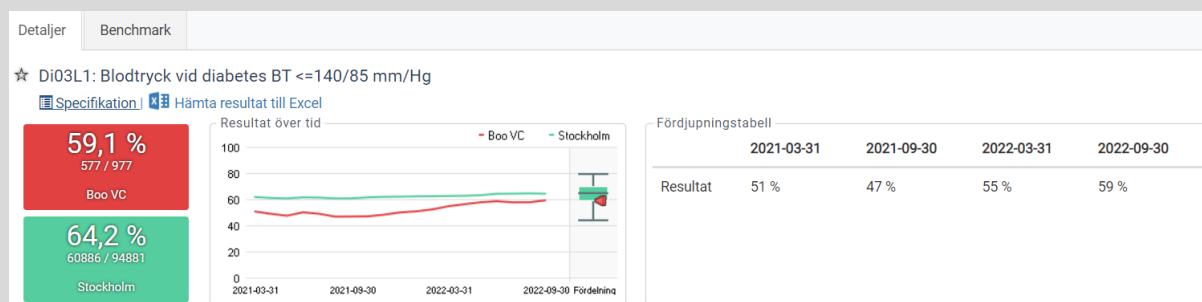
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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 bilfogas

- Vi har inhämtat tankar från patienter och testat våra idéer på dem.
- Vi har lagt ut information om förbättringsarbetet i såväl reception och väntrum på vårdcentralen och i rehab. I informationen framkommer att vi erbjuder alla våra patienter en KOL screening om man är över 40 årsålder rökare eller tidigare rökare och som upplever andningssvårigheter vid ansträngning, ökande trötthet, långvarig hosta eller ökad slembildning.
- En patient som är intresserad av att få en KOL screening kunde anmäla sig i receptionen, hos röd sjuksköterskan, distriktsköterska eller läkare på VC eller till fysioterapeut på Rehab.
- KOL screeningen via COPD6 kunde därefter utföras omedelbart/eller annan tid som passar patienten på mottagning hos röd sköterska, distriktsköterska eller undersköterska.
- Vi hade förbestämt att de patienter som fick ett resultat på $< 0,73$ fick en tid för spirometri mätning.
- OM Spirometri mätningen visade sig vara avvikande skickades ett meddelande till ordinarie läkare för ev. vidare åtgärd.

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 diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal COPD-test	0	Maj 2023	10	25	Manuell lista	2024-01-18
Indikator 2	Antal Patienter med COPD6<0,73 bokad för spirometri	0	Maj 2023	5	5	Manuell lista	2024-01-18
Indikator 3	Antal personal utbildade angående arbetet och rutiner	0	Maj 2023	10	10	USK Helena	2024-01-18
Indikator 4	Antal nya KOL diagnos	0	Maj 2023	5	3	Patient lista	2024-01-18
Indikator 5	Antal personal utbildade angående KOL screening/diagnos/behandling/exacerbation	?	Augusti 2023	20	0	ATP	2024-01-18
Indikator 6	KOL utfall andel pat m KOL som fått uppföljning inom 6 v efter exacerbation	71%	jan 2023		60%	M4	2024-01-31

Övriga kommentarer:

Kommentarer kring utfallet kring Indikator 6:

- 240131 var utfallet att 60% av våra pat med KOL har fått ett återbesök 6 v efter exacerbation. Detta utfall är lägre än 230131 då siffran var 71%. Danderyds VC ligger över snittet för RS. Men jmf med för ett år sedan är utfallet lägre för Danderyds VC. Vi märker vikten av att få sig medarbetarna i ett förbättringsarbete. Vi har reflekterat kring utfallet och bör mer frekvent

ha lyft vårt förbättringsarbete på APT fortlöpande under året för att säkerställa ett adekvat omhändertagande av KOL.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

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?

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.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor.
Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.