

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Minispirometer, CoPd6, för ökad KOL detektion

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Djursholms husläkarmottagning	
Verksamhetschef Andreas Dahlqvist	Verksamhetschefens e-post Andreas.dahlqvist@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 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: Sara Karpsen
Profession: Läkare
E-post: Sara.karpsen@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: Sara Karpsen, läkare. Andreas Dahlqvist, sjuksköterska. Regina Richardson, distriktssköterska och KOL/Astma sköterska. Marina Persson undersköterska

B: Vi tänker involvera patienterna genom att via poster i väntrummet informera patienterna om vårt kvalitetsarbete och varför detektion av KOL är viktigt för att förhindra försämrad hälsa. Inför läkarbesök eller sjuksköterskebesök planerar vi att få utdelat ett frågeformulär om rökvanor så att det blir lättare att ta upp frågan kring rökning på besöket. Skicka ut erbjudande i alltid öppet till alla patienter över 45 års ålder att de som är rökare eller varit rökare motsvarande 10 paketår erbjuds möjlighet att testa sin lungfunktion på mottagningen.

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/verktyslada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vi vill genom att införa mätning med CoPd6 på mottagningen förbättra detektionen av KOL i vår patientgrupp. Djurholms HLM har en åldrad befolkning listade och då rökning var mer vanligt då de var unga misstänker vi att vi borde ha en högre prevalens av KOL än Stockholmsnittet. I PrimärvårdsKvalitet finner vi att förekomsten av diagnosen KOL är lägre hos oss med 1,3% jämfört med Stockholm i snitt på 1,5 %. Vi finner även att andel av KOL patienter som har dokumentation av tobaksbruk är lägre hos oss 77,4 % jämfört med 83,6 % i Stockholm. Då tobaksrök är den enskilt viktigaste faktorn för utveckling av KOL i västvärlden och KOL ger ökad risk för andra kroniska sjukdomar bör framför allt tobaksvanor hos patienter med kroniska sjukdomar uppmärksammas. Även här ligger vi lite lägre än genomsnittet på vårdcentraler i Stockholm 50% jämfört med 53,6 %.

I vårdprogram som VISS.nu framhåller man att KOL patienter som röker ska utföra spirometrier årligen. Då antal spirometrier i verksamhet är begränsad behöver man prioritera dessa tider mellan ny diagnostik och uppföljning av patienter med redan diagnostiserad KOL. Under föregående år har vi gjort spirometrier på denna grupp betydligt mindre 16,7% jämfört med snittet på vårdcentraler i Stockholm 26,6. Med införande av enkel minispirometer, CoPd6 mätning tror vi att det blir bättre

möjlighet att kunna följa upp denna patientgrupp av rökare som riskerar att snabbt försämrats i sin hälsostatus.

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.

Förbättrad detektion av KOL genom screening med enkel minispirometer (CoPd6 mätning)

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:

Införa användning av enkel minispirometer, CoPd6 mätare, för att identifiera individer med hög sannolikhet för KOL som då bokas vidare för diagnostisk spirometri på enheten. Med denna åtgärd vill vi detektera fler patienter och tidigare patienter med KOL.

CoPd6 mätning kommer tror vi att göra att enhetens resurser för spirometrier används mer patient- och kostnadseffektivt då selektion av patienter med stor sannolikhet för KOL efter screening bokas för spirometri. I sin tur gör det att fler tider finns tillgängliga för de patienter som redan har KOL och är rökare och som enligt vårdprogram för KOL ska utföra spirometri årligen.

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: Begränsad tillgång på enheten till besök för spirometri

1.1: Genom att screena selekterade patienter med CoPd6 mätning. Patienter över 40 år och som rökt mer än 10 paketår
1.2: Kvalitetsarbetet påminner läkare på enheten att vara extra noggranna med att boka rökare med KOL för årlig spirometri
1.3: Fler medarbetare involveras i KOL vård när alla på enheten kan göra CoPd6 oavsett profession

2: Under Covid 19 pandemin träffade man inte patienter med luftvägsbesvär det gjorde att symptom på KOL så som långvarig hosta inte uppmärksammades.

2.1: Infektionspatienter bokas åter på mottagningen.
2.2: Spirometrier på egna enheten har återupptagits efter Covid 19 pandemin

3: Avsaknad av utrustning samt PM om hur CoPd6 mätning ska genomföras

3.1: Genom information i väntrummet samt frågeformulär om rökning uppmärksamma patienterna på sambandet mellan rökning och insjuknade i KOL
3.2: Ett flödesschema för indikation av CoPd6 mätning. Inhandla mätare till alla undersökningsrum samt rör till dessa så det är lätt att göra undersökningen i samband med ett besök.

4. Avsaknad av triagering av patienter för spirometri där patienter med KOL som fortsatt röker inte prioriterats för spirometri årligen	4.1 Införa en prioritering där patienter med KOL som är rökare kallas årligen. Enligt socialstyrelsens riktlinjer ska det göras årligen.
---	--

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-forbattringsstrappa/>

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 start-läge	Mål (%) eller antal	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum målvärde
Indikator 1	<i>Prevalens av KOL på vårdcentralen</i>	1,3 % (77 st)	2023-01-01	1,5%	MedRave	31/12 2023
Indikator 2	<i>Antal som genomfört CoPd6 mätning</i>	0	2023-01-01	150 st	MedRave	31/12 2023
Indikator 3	<i>Andel rökare med KOL som gjort spirometri under året</i>	16,7%	2023-01-01	80 %	Primär vårdskvalitet	31/12 2023
Indikator 4	<i>Andel patienter som fått återbesök 6 veckor efter exacerbation</i>	70%	2022-12-31	80%	Primär vårdskvalitet	31/12 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 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?

Vi påbörjade arbetet under hösten 2022 genom att förbereda all personal om kommande kvalitetsarbete. På en arbetsplatsträff gick vi igenom indikationer för CoPd6 mätning. Vi hade även en läkemedelsrepresentant som visade själva mätinstrumentet samt studier kring detektionsgrad för KOL med denna mätmetod.

Ledningsgruppen har diskuterat hur CoPd6 mätning kan vara effektivt ur ett patientperspektiv och om detta kan få några undanträngningseffekter för andra patientgrupper.

En grupp för kvalitetsarbetet har utsetts med Astma/KOL ansvarig läkare, sköterska verksamhetschef samt receptionist.

Flödesschema för kriterier för CoPd6 mätning samt handhavande av utrustningen är framtagen.

Plansch för väntrummet med information till patienterna är framtagen.

En timme är avsatt i mars för genomgång med hela personalgruppen om förslag på genomförande i praktiken. Vi förväntar oss att efter korrigeringar av vår plan utifrån personalgruppen sedan implementera arbetet.

Avstämning i den mindre arbetsgruppen planeras en gång per månad med korrigeringar utifrån utfallet. Här är MLA ansvarig att ta fram uppgifter från MedRave.

Återkoppling till hela personalgruppen efter sommaren samt i slutat av året utfallet av vår insats.

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

Flera av våra idéer för att involvera patienter har inte i praktiken fungerat. Att skicka ut erbjudande i alltid öppet till patienter gick inte tekniskt att selektera till rätt grupp. Poster i väntrummet för att informera patienterna om vårt kvalitetsarbete har vi haft och det har gjort att vissa patienter efterfrågat CoPd6 mätning. Frågeformulär om rökning har däremot inte fungerat så väl då vi haft ny personal i receptionen och bytt personal roterande under sjukskrivning av personal.

En riktad insatts i hemsjukvården för CoPd6 mätning med en separat rutin för vilka patienter man ska testa har visat sig vara ett bra screeninginstrument. Denna grupp är dock mycket åldrad och med multisjuka och här önskar oftast inte patienten delta då de inte ville gå vidare med utredning med spirometri.

Under året har vi upprepat på arbetsplatsträffar påmint om flödesschema och kriterier för CoPd6 mätning. Vi har då funnit att många glömt av hur de ska göra och då har vi vid tre tillfällen under 2023 gått igenom flödesschemat praktiskt igen i arbetsgruppen samt handhavande av utrustningen. Att alla undersökningsrum har en CoPd6 mätare har gjort att det varit lätt för vårdgivaren att undersöka lämpliga patienter.

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. Med-rave)	Datum sultat-värdet
Indikator 1	<i>Prevalens av KOL på vårdcentralen</i>	1,3%	23-01-01	1,3	1,1%	Primärvårds kvalitet	23-12-31
Indikator 2	<i>Antal som genomfört CoPd6 mätning</i>	0	23-01-01	150	25 st	Med Rave	23-12-31
Indikator 3	<i>Andel rökare med KOL som gjort spirometri under året</i>	16,7	23-01-01	80%	13%	Primärvårds kvalitet	23-12-31
Indikator 4	<i>Andel patienter som fått återbesök 6 veckor efter exacerbation</i>	70%	23-01-01	80%	83%	Primärvårds kvalitet	23-12-31

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att införa en ny analysmetod när det är stor omsättning/nyanställning av personal är svårt då det hela tiden finns personal som inte känner till processen. Även att alla personalgrupper skulle delta gör att det blir oklart vem som ska utföra uppgiften och då görs i stället ingen analys. Att lägga det på enstaka utsedda individer eller riktade patientbesök hade varit bättre. Vi noterar att vår prevalens av KOL har minskat vilket förstås är precis tvärt emot vår intention med kvalitetsarbetet. Det som dock ökat är andelen som får återbesök inom 6 veckor efter en KOL exacerbation. Detta tror vi beror på att vi lyft behandling och uppföljning av KOL på ett läkarmöte och därmed blivit mer uppmärksamma på riktlinjerna att kalla dessa patienter åter inom kort efter en exacerbation.

Under året som gått hade vi tänkt att återuppta vår spirometri på den egna enheten som legat nere under pandemin. Men då vi haft stor omsättning och nyanställning av sköterskor på enheten har denna inte kommit i gång som vi tänkt. Vi har därför remitterat flertalet patienter till annan enhet för spirometri. Vi ser då att svaret inte journalförs som spirometr bedömning i Take Care utan som fri text. Då ser vi inte antalet gjorda spirometrier i vår statistik i primärvårds kvalitet och det blir ett missvisande lågt värde. Dessutom har avsaknad av spirometrier på den egna enheten gjort att spirometrier hos patienter med redan diagnostiserade KOL inte har prioriterats så som vi tänkt oss.

Under året har andra parallellt pågående förbättringsprojekt som varit mer angeläget för enheten drivits. Detta har även gjort att CopD6 mätning fått stå tillbaka. Reflektionen är att om samma grupp individer driver flera projekt är det svårt att implementera flera projekt samtidigt. Det kan även vara lättare att få med hela arbetsgruppen om fler på enheten känner sig drivande i ett förbättringsprojekt.

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?

Vår patientinvolvering har inte fallit väl ut. Patienterna vill ogärna fylla i en enkät om sina rökvanor innan besöket till sköterska eller läkare.

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.

Att införa CopD6 på vår enhet är något som vi kommer fortsätta med. Vi har nu en stabil personalgrupp där alla har fått utbildning i CopD6 och dess genomförande. Vi behöver förändra förloppet enligt resonemang ovan så att det ligger mer specifikt vid en typ av mottagningsbesök. Ett bra tillfälle är här att införa CopD6 i samband med att patienter söker på drop-in mottagningen som kommer upprättas 2024. Den patientgruppen kommer bland annat söka för andningsbesvär, långvarig och akut hosta och då kan CopD6 göras som en screening på alla över 45 med mer än 10 paketår.

Vi har omfördelat arbetsuppgifter så att vår Astma/KOL sköterska får mer tid avsatt för sitt uppdrag. Under våren 2024 kommer ytterligare en medarbetare lära sig utföra spirometrier och då tror vi att vi får mer kapacitet att göra detta årligen på våra KOL patienter som röker. Här kan vi även ta ut en lista på de patienter som uppfyller det kriteriet och kalla dem specifikt. Vi kan sedan sätta dem på en intern väntelista för spirometrier årligen. Denna väntelista är idag inte uppdaterad.

Med en fulltalig sköterskegrupp hoppas vi kunna återuppta besök gällande levnadsvanor och då mer strukturerar efterhöra om rökvanor hos våra patienter. Om vi även använder översikten i Take Care mer systematiskt kan man lätt se om rökvanor efterfrågats tidigare under året.

