

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: kronisk obstruktiv lungsjukdom

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Edsbergs Vårdcentral

Verksamhetschef
Johan Welanders

Verksamhetschefens e-post
johan.welanders@ptj.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 forbattringsarbeten.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: Rabiae Shirzai

Profession: Specialist i Allmänmedicin

E-post: rabiae.shirzai@ptj.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:

Leif Stille - specialist i Allmänmedicin

Marie-louise - Astmasköterska

Arman Torabi - ST läkare i Allmänmedicin

B:

Vi kommer att involvera våra patienter i förbättringsarbetet genom att vid spirometri kontroller fråga om det är något patienten tycker har saknats i deras KOL vård och om det är något de tycker kan förbättras.

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/vertyglada-forbattringstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Det har pågått ett förbättringsarbete för patienter med diabetes under de senaste två åren. Nu är det dags att inrikta fokus på våra patienter med KOL, där det finns indikatorer som kan förbättras.

Syftet är att förbättra vården av våra patienter med KOL genom att förbättra stadium diagnosering, behandling, minska antalet exacerbationer och öka andelen patienter med exacerbationer som får återbesök. Detta är en siffra där vi har utrymme för förbättringar.

Vi har som ett exempel endast 55,3% av våra patienter som efter kol exacerbation har fått komma på återbesök. Detta jämfört med medel i stockholm som ligger på 59,4%, och på toppen Norrvikens VC som har 68,2%. Vi kommer även allmänt förbättra antal årliga kontroller för patienter med KOL som också ligger under medel.

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.

kronisk obstruktiv lungsjukdom (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:

- Vårt övergripande mål är att öka andelen patienter med kol på vårdcentralen som erhåller en korrekt diagnos enligt GOLD-klassificeringen och CAT.
- Detta kommer att öka sannolikheten att våra patienter får den mest lämpliga behandlingen med rätt dosering, samt bidra till minskning av exacerbationer, symtomlindring och förbättrad livskvalitet.
- En minskning av exacerbationer hos patienter med kol kan resultera i en minskad behov av akutvård, vilket kan leda till en minskning av kostnader för samhället.
- En förbättring av andel som får återbesök som kontroll efter KOL exacerbation.
- Ett annat övergripande mål är att minska andelen patienter med kol som röker, för att förbättra prognosen för dessa patienter.

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: För få regelbundna spirometri kontroller och missade kontroller

- 1.1: Få in patienter på väntelista för regelbundna kontroller.
- 1.2: Öka frekvensen av kontrollerna.
- 1.3: Påminnelse om kontroller vid läkarbesök

2: Vårdpersonal har inte fått information om återbesök efter kol exacerbaton.	2.1: Informera läkarna om att patienter ska bokas in på återbesök efter exacerbation. 2.2: Informera sköterskor om detta. 2.3:
3: Personal ej informerade om att fråga om rökvanor, gå igenom GOLD och CAT.	3.1: Informera personal om vikten att fråga om rökning och ge förslag till rökavvänjning. 3.2: Informera personal att börja ta CAT-score och bestämma GOLD klassificering 3.3: Använd KOL mall där ovan är obligatoriskt att fylla i.

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 startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel Kol patienter som röker.</i>	28%	230101	24%	Med-rave	231231
Indikator 2	<i>Andel Kol patienter som har dokumenterat CAT</i>	27%	230101	35%	Med-rave	231231
Indikator 3	<i>Andel Kol patienter som fått göra Spirometri.</i>	70%	230101	75%	Med-rave	231231
Indikator 4	<i>Andel kol patienter som fått återbesök efter exacerbation</i>	55%	230101	60%	PVQ	231231
Indikator 5	<i>Kol patienter med minst en typ av behandling.</i>	83%	230101	90%	Med-rave	231231

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 fikaummet, 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/verktyslada-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?

För att påbörja förbättringsarbetet kommer det vara nödvändigt att informera både läkare och sjuksköterskor om vikten av att föra in information om patientens rökvanor, GOLD klassificeringen och CAT-poäng i journalerna för patienter med KOL. Det är också viktigt att säkerställa att patienterna är inlagda på väntelistan för regelbundna spirometri-kontroller om de har diagnosen KOL. Under arbetets gång kommer vi gå igenom journalanteckningarna för patienter med KOL och kontrollera om vårdpersonalen har följt dessa riktlinjer.

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: forbattningsarbeten.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. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vi har säkerställt regelbundna KOL-kontroller genom att informera patienterna under läkarbesöken, där vi betonar vikten av att genomgå regelbundna kontroller.

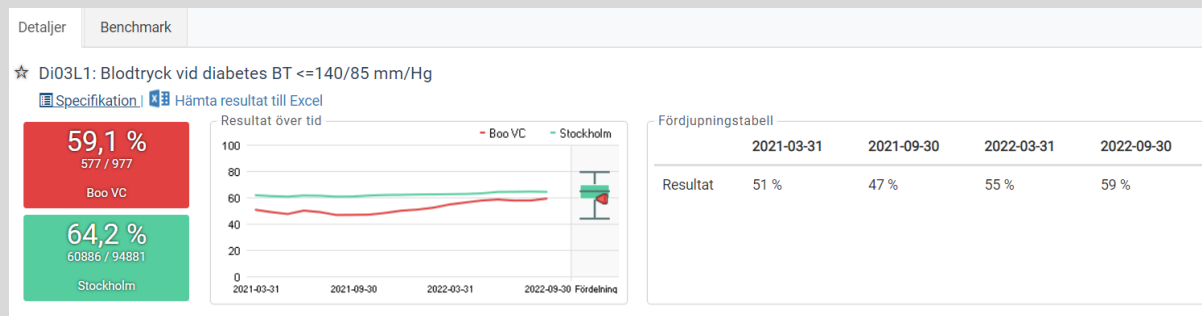
Vid läkarmöten har vi regelbundet informerat om att inkludera CAT-score och att boka spirometri för patienter som inte har genomgått det på ett tag. Vi har även informerat astma-sköterskan att ta CAT-score vid varje besök.

Vi har deltagit i flera bra utbildningar om KOL för både läkare och sjuksköterskor för att utbilda personalen inom området.

Vi har också informerat och utbildat personalen om vikten av att boka in återbesök efter KOL-exacerbation.

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
Indikator 1	Andel KOL patienter som röker.	28%	230101	24%	26%	Medrave	231231
Indikator 2	Andel KOL patienter som har dokumenterat CAT	27%	230101	35%	42%	Medrave	231231
Indikator 3	Andel KOL patienter som fått göra Spirometri.	70%	230101	75%	80%	Medrave	231231

Indikator 4	<i>Andel kol patienter som fått återbesök efter exacerbation</i>	55%	230101	60%	53.5	PVQ	231231
Indikator 5	<i>Kol patienter med minst en typ av behandling.</i>	83%	230101	90%	87%	Med-rave	231231

Övriga kommentarer:

Under året märkte jag att andelen "kol-patienter som fått återbesök efter exacerbation" hade minskat, vilket verkade märkligt med tanke på det begränsade antalet patienter med exacerbation på vårdcentralen. Därför granskade jag statistiken och identifierade patienterna som registrerats, och jag gick till varje läkare för att undersöka närmare. Det visade sig att majoriteten i statistiken hade inkluderats antingen genom att sätta "akut exacerbation" vid återbesöket eller genom att felaktigt ställa denna diagnos vid årlig kontroll. Statistiken är därför felaktig och påverkas av att många läkare anger diagnosen akut exacerbation vid återbesök, vilket betraktas som en ny exacerbation och senare räknas som att patienten inte har fått återbesök. Informationen om detta har delats med läkarna och astma-sjuksköterskorna. Jag kan tänka mig att detta även påverkar statistiken på andra vårdcentraler.

Dessutom har jag observerat att vissa patienter som ingår i statistiken faktiskt har haft uppföljning efter sin kol-exacerbation men av någon anledning inte räknats som återbesök. Ett exempel är en patient som fått diagnosen lungemfysem efter kol-exacerbationen, vilket möjligen har bidragit till att det inte har räknats som ett återbesök.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det är viktigt att regelbundet informera vårdpersonal om att påminna patienter att genomföra sin spirometri för korrekt uppföljning och behandling. Det är också viktigt att ställa korrekta diagnoser för att undvika fel i statistiken. Vi har alla lärt oss om KOL-exacerbation och hur viktigt det är med noggrann uppföljning för patienten, med tanke på hur mycket en exacerbation påverkar deras framtida livskvalitet.

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?

Vid läkarbesök för KOL-patienter eller spirometri-kontroller hos sjuksköterskan har vi frågat patienterna om deras upplevelse av KOL-kontroller och behandlingar. Vi har också frågat om de önskar några förändringar. Patienterna har uttryckt att de är nöjda med både kontrollerna och behandlingarna.

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 alla har blivit mer medvetna om kol-patienter och deras uppföljning kommer att behålla de positiva förändringarna. Vi kommer bestämma tider då vi kommer gå igenom det vi har lärt oss från detta arbete cirka en gång varje kvartal, så att vi behåller resultaten. Personalen är nu även informerad om hur det kan bli fel med diagnossättning och hur vi ska undvika det framöver. Vi fortsätter med att patienterna sätts på väntelistan för regelbundna återbesök och kommer även fortsätta med utbildningar för kol. Alla är nu även välinformerade om varför det är viktigt med återbesök efter exacerbation, och vi kommer fortsätta att se till att patienten bokas in på återbesök.

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 forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se