

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *KOL*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Anna Butén	Verksamhetschefens e-post Anna.Butén@regionstockholm.se

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Anna Lyngå Profession: Distriktssköterska E-post: anna.lynga@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: Lena Kjellberg, distriktssköterska , Mandana Azari Specialist i allmänmedicin och KOL Astma ansvarig läkare
B: I samband med besök på Astma KOL mottagning aktivt fråga om vad vi som vårdpersonal ska lyfta.
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-forbattringstrappa/>

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?

I årets kvalitetsarbete vill vi fokusera på KOL patienter då det är allmänt känt att detta är en underdiagnostiserad grupp. Prevalensen på KOL är 4-8 % i Sverige och då borde det på Johannes HLM finnas lågt räknat uppemot 400 patienter med KOL (av ca 10000 listade patienter). Vid slagning i sökprogrammet Medrave (perioden 2022-02-21 till 2023-03-21) så finns det idag 143 listade patienter med diagnosen KOL. Alltså är det en underdiagnostisering på uppemot 250 patienter.

Av dessa 141 patienter med diagnosen KOL röker 27 % och 68% av dessa har erbjudits sluta röka stöd.

Målet är också att öka kunskapen om KOL på Johannes HLM.

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-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Idag är många patienter med KOL ovetande om att de har KOL vilket innebär att många blir utan effektiv behandling, med sämre hälsa som följd. Vi vill förbättra att hitta dessa patienter med hjälp av screening samt förbättra kunskapen på Johannes HLM kring diagnosen KOL och omhändertagandet.

Av de som idag har diagnosen KOL är 27 % rökare och 68 % har av dessa erbjudits sluta röka stöd. Vi vill öka den siffran så att så många som möjligt erbjuds stöd i att sluta röka.

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-forbattringstrappa/	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: Använder ej COPD-6 hos rökare över 45 år.	1.1: Undervisning hur man använder COPD 6 mätare 1.2:Erbjuda alla över 45 år som röker screening 1.3:				
2: Missar att fråga angående rökvanor och sluta röka stöd	2.1:Aktivt fråga om rökvanor vid alla besök 2.2:Noggrann journalföring under rätt sökord 2.3:Skicka fler remisser till sluta röka linjen				
3: Kunskapsnivån angående KOL bör ökas på Johannes HLM	3.1: inbokat kunskapsteam för lung och allergisjukdomar med föreläsning för all personal 3.2:HLM KOL ansvariga lyfta och påminna ang screening mm på APT 3.3: Lokala astma Kol teamet dela med av ny kunskap på APT ang KOL				
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-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 mål-värdet

Indikator 1	Identifiera fler med diagnosen KOL	1,4 %	Mars 2023	0,2%	Medr ave	Jan -24
Indikator 2	Andelen rökare över 45 år screenas för KOL (COPD-6)	0	Mars 2023	Erbjud alla	Medr ave	Jan -24
Indikator 3	Andel KOL pat som tillfrågas om rökvanor	72	Mars 2023	100 %	medr ave	Jan -24
Indikator 4	Andel patienter som erbjuds sluta röka stöd	68	Mars 2023	Erbjud alla	Medr ave	Jan -24
Indikator 5						T.ex. 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 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 tänkt? Säg 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?

- 1) Möte med utbildning av Akademiskt Primärvårdscentrum kunskapsteamet för Lung-allergisjukdomar föreläser 6/3 2023 för all personal
- 2) Vid detta möte även lära ut hur vi använder COPD-6
- 3) Aktivt tillfråga alla patienter om deras rökvanor
- 4) De som röker kan erbjudas Copd-6 mätning av läkare på rummet eller på KOL mott eller av jour-ssk.

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 i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2023 till: forbattningsarbeten.apc.sls@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 bilfogas

COPD-6 mätning

Vi har haft en 2-3 h utbildning för alla dels hur mätningen går till samt vem som ska ta ansvar för vad. Vi i arbetsgruppen har även påmint regelbundet (Apt möten och läkarmöten) och kommit med förslag hur mätningarna kan genomföras.

Trots detta har väldigt få mätningar genomförts och läkarna har på sedvanligt sätt satt upp patienterna på VL för en vanlig spirometri.

För att få COPD 6 mätning att fungera som en rutin behövs fortsatt och upprepad information.

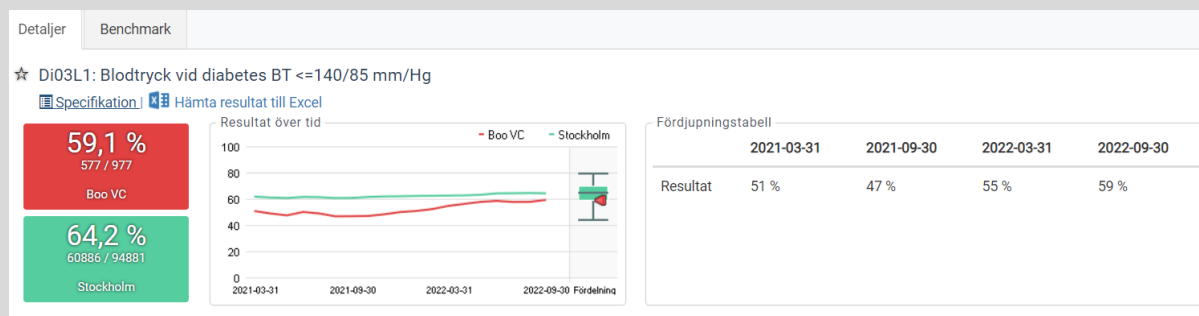
Vi har även informerat om vikten att tillfråga om rökvanor och erbjuda sluta röka stöd. Påmint alla om att det går bra att skicka remiss till sluta röka linjen.

Alla idéer känns värdefulla att jobba vidare med då det kan leda till att fler patienter får sin KOL diagnos.

Vi har en väl fungerande Astma KOL mottagning som har ett bra resultat i att erbjuda våra patienter årskontroll. (ligger högt både i landet och i stockholm)

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	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
--	--	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--

	med HbA1c över 70 mmol/mol						
Indikator 1	Identifiera fler med diagnosen KOL	1,4 %	Mars -23	0,2%	0,2 %	medrave	Jan -24
Indikator 2	Andelen rökare över 45 år screenas för KOL (COPD-6)	0	Mars -23	Erbjuda alla	Enstaka	TakeCare	Jan-24
Indikator 3	Andel KOL pat som tillfrågas om rökvanor	72%	Mars-23	100 %	89%	medrave	T.ex. dec 2023
Indikator 4	Andel patienter som erbjuds sluta röka stöd	68%	Mars -23	90%	58%	medrave	Jan -24
Indikator 5							T.ex. dec 2023

Övriga kommentarer:

Att erbjuda sluta röka stöd har inte riktigt förbättrats, vid kontroll i MedRave har kanske en del av patienterna registrerats under fel sökord. Detta är något som vi behöver arbeta vidare med och kommer att tas upp på utbildning under våren -24. Medrave visar vilka patienterna är och vid slagning i Take Care är detta ofta patienter som är inskrivna i HSV. Dessa missas ofta då de har svårt att komma till Kol mott.

Ett positivt resultat är att vi tillfrågat fler om de röker samt att vi ökat patienter med diagnosen KOL med 0,2 % (vilket är något högre än genomsnittet i Stockholm)

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att det är svårt att implementera en ny rutin (som ex COPD-6) Detta kan bero på gammal vana och att tid saknas för att göra något nytt.

Att det är viktigt att dokumentera under rätt sökord om man sedan ska få fram resultatet i Medrave.

Att det är viktigt att titta över våra HSV patienter så dessa även får det stöd de behöver i att sluta röka, eller åtminstone dokumentera deras rökvanor.

Det behövs också en ökad medvetenhet om hur man kan jämföra resultat i Medrave

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 aktivt tillfrågat patienternas synpunkter i samband med besöken på KOL-mott. Vi medverkar i KOL-skolan där vi träffar patienter från olika VC, där är ett fint tillfälle att höra hur de upplever sina besök på KOL-mottagningarna.

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.

Verka för en fortsatt välfungerande KOL mottagning med multiprofessionellt team. Fortsätta utbilda våra kolleger.

Då det är många andra patientgrupper som konkurrerar om vår tid, och när beställarna har diverse idéer som ska genomföras gäller det att visa vad vi faktiskt gör och varför det är viktigt. Då är det bra att söka siffror med hjälp av Medrave.

Fortsätta implementera COPD-6 mätarna då dessa kan se vilka som behöver göra en spirometri. Titta över hemsjukvården och att dessa får hembesök vb. av astma KOL ssk.

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.