

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2:

Strukturerade årskontroller och omhändertagande vid kronisk kardiometabol sjukdom och KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Stureby vårdcentral	
Verksamhetschef Olof Ekberg	Verksamhetschefens e-post olof.ekberg@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 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 <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: Sara Rendahl Profession: specialist i allmänmedicin E-post: sara.rendahl@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 sidosjukvård, 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: Erika Malmberg, MAL, spec i allmänmedicin, Olof Guterstam ST-läkare, Robert Kovacs spec i allmänmedicin, Karin Meriniemi distriktssköterska, Mona Borg undersköterska, ansvarig sluta-röka-stöd, Ann undersköterska spirometrikunnig (samtliga i "Kompetensgrupp luftvägar").

Karina Skoglund undersköterska – ansvarig för hjälp med väntelistor och kallelser, ingår i ”Kompetensgrupp kardiometabola sjukdomar”.

B: Förslagslåda -

Vi planerar för en tydlig lapp i väntrummet - ”Vi jobbar med KOL och behöver DINA synpunkter”

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/verkytyglada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

DEL A

*Strukturerade årskontroller vid **kardiometabol sjukdom** (fortsätta arbetet från 2022)*

1. Vi vill följa upp/säkerställa de implementeringar vi gjorde 2022 för att säkerställa årskontroller vid kardiometabola sjukdomar (fortsättning av kvalitetsarbetet 2022).
2. Vi vill fortsätta utveckla och utvärdera de kallelsesystem vi har för patienter med kardiometabola sjukdomar. (fortsättning av kvalitetsarbetet 2022).

Vi provar olika kallelsesätt:

- I samband med receptförnyelse
- Kalla efter väntelista
- Kalla efter back-up-lista (de som missats och inte fått årskontroll >18 månader)
- Kalla efter ”arbetslista” (nytt förslag som inkommit 2022 och som vi önskar prova och utvärdera)

DEL B

*Strukturerat omhändertagande för patienter med **KOL** (ny patientgrupp i kvalitetsarbetet 2023)*

1. Vi vill skapa **mer jämlik vård** genom att öka diagnossättningen (vi ligger för lågt) och få mer jämn diagnossättning i läkargruppen.
2. Vi vill **förbättra det strukturerade omhändertagandet** för patienter med KOL genom att upprätta skriftliga rutiner för handläggning vid nyupptäckt KOL samt vid KOL med exacerbation.
3. Öka **strukturerade uppföljningen efter exacerbation**.
4. Öka **dokumentation kring tobak/rökvanor**.
5. Öka **dokumentation saturation** i habitualtillstånd och exacerbation

6. Ökat nyttjande av befintliga resurser för behandling av KOL, inkl KOL-sköterska, sluta-röka-sköterska, KOL-skola.

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.

”Strukturerat omhändertagande vid kroniska sjukdomar”

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:

DEL A (forts från 2022 avseende strukturerade årskontroller vid kardiometabol sjukdom)

- Säkerställa implementering av kallelsesystem för årskontroller från 2022
- Utveckla och utvärdera olika kallelsesystem samt prova nytt kallelsesystem.

Vi har redan bra behandlingsresultat för denna grupp. Målet är att implementera och bibehålla strukturerade årskontroller/kallelser för att behålla lika god kvalitet.

Väsentligen alla patienter med kardiometabola sjukdomar har varit på årskontroll eller kallats/erbjudits x flera under kvalitetsarbetet 2022.

OBS!

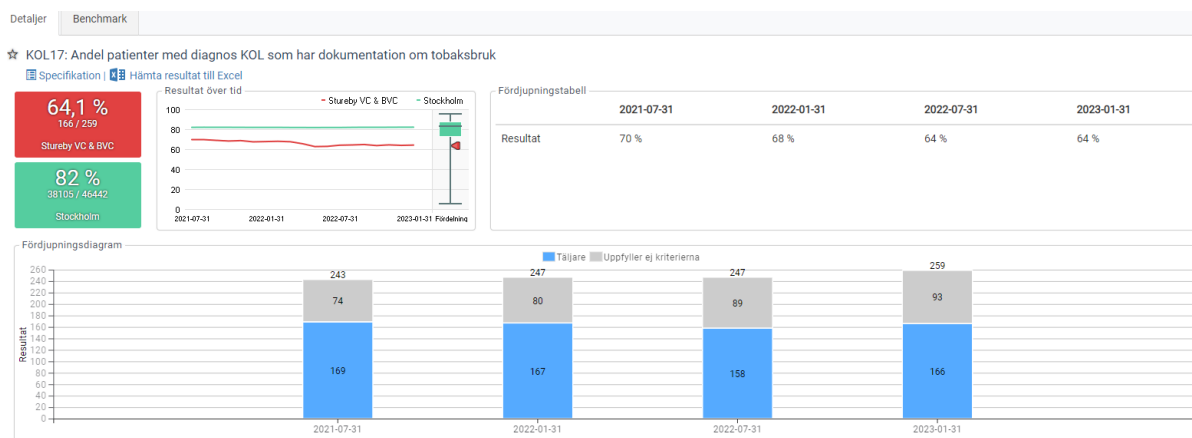
Att indikator 1–3 visar att 190 patienter – 92 patienter – 71 patienter inte varit på årskontroll beror på att dessa patienter har diagnos satt på VC men följs på annan klinik, eller av annan ”giltig” orsak inte varit på årskontroll på VC. Efter att ha kontrollerat alla dessa patienter så vet vi att vi redan är i ”mål”. Resultatet kan inte bli bättre (därför att nuläge = mål)

DEL B (NYTT! Inkludera kronisk sjukdom KOL i strukturerat omhändertagande)

- Öka diagnosättningen (= identifiera patienterna)
- Arbeta fram skriftliga rutiner för strukturerat omhändertagande vid nydiagnostiserad KOL samt vid exacerbation.
Genom dessa rutiner säkerställer vi att patienterna får rätt uppföljning, vård och tillgång till de resurser vi har som idag inte utnyttjas
- Förbättra behandlingen vid exacerbation
- Dokumentera rökvanor, identifiera rökare och förbättra och öka behandlingen av rökning.

Vi har sämre dokumentation kring rökvanor hos våra KOL-patienter

Bild tagen från PVK 2023-01-24

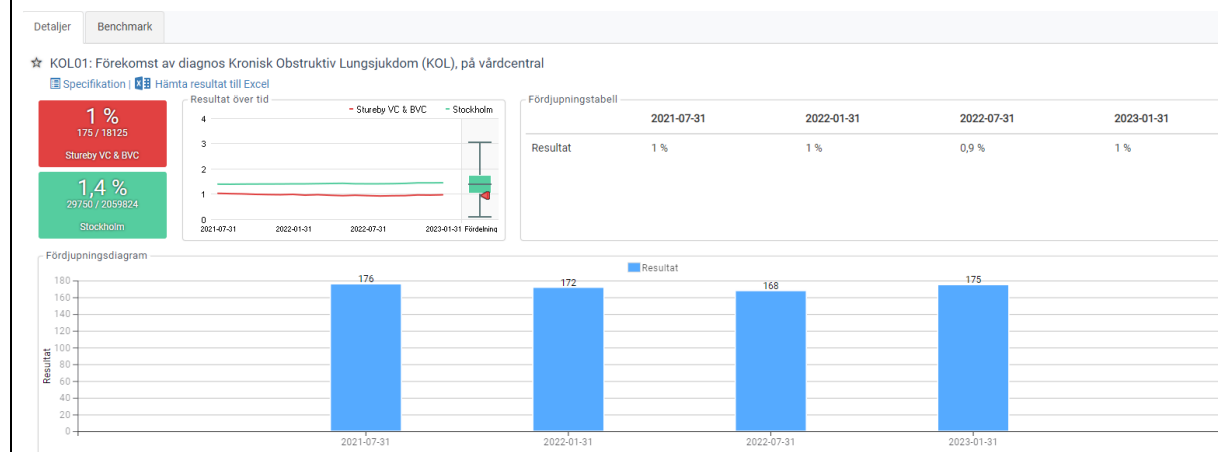


Vi saknar struktur för uppföljning av akut exacerbation.

Bild tagen från PVK 2023-02-24



Vi har lägre prevalens av KOL på Stureby VC
Bild tagen från PVK 2023-02-24



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: Under 2022 har vi provat olika metoder för att kalla patienter med kronisk sjukdom. Rutinerna har ännu inte satt sig helt.

1.1: Vi fortsätter utveckla och tydligare fastställa vilka kallelserutiner vi ska använda framöver.

2: Vi missar/glömmer diagnosen KOL (låg prevalens och ojämn diagnossättning i läkargruppen) Vi har inte haft stort fokus på KOL senaste åren.

2.1: Föreläsning
2.2: Kvalitetsarbetet 2023
2.3: Statistik var 3:e månad kring antal patienter - påminnelse

3: Vi har inga tydliga rutiner kring strukturerat omhändertagande för patienter med KOL. Det innebär att vi inte följer upp eller utnyttjar de resurser vi har.	3.1: Skapa skriftliga rutiner 3.2: Synliggöra våra resurser i de skriftliga rutinerna
4: Vi ger inte behandling för rökning i den omfattning vi skulle kunna. Vi dokumenterar otillräckligt tobaksvanor. Vi använder inte sluta-röka-sköterskan tillräckligt.	4.1: Öka dokumentation kring tobak/rökning 4.2: Listor på patienter med KOL där inte tobaksvanor är dokumenterade. 4.3: Boka upp fler patienter till sluta-röka-sköterska

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-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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal pat med kronisk "kardiometabol" diagnos men ej ÅK (krea) senaste 18 mån (= årskontroll)	92 st	2023-01-31	90 st	Egen lista MR4	2023-12-31
Indikator 2	Hypertoni men ej ÅK (krea) senaste 18 mån (=årskontroll)	190 st	2023-01-31	190 st	Egen lista MR4	2023-12-31
Indikator 3	DM typ 2 men saknar ifylld NDR-mall senaste 18 mån (= årskontroll)	71 st	2023-01-31	70 st	Egen lista MR4	2023-12-31
Indikator 4	Antal patienter på "arbetslista" (prova nytt kallelsesystem)	28 pat	2023-01-31	?	Take Care	2023-12-31
Indikator 5	Antal genomförda fördjupade LM-genomgångar (kvalitet på årskontroll)	494 st	2023-01-31	>500 st	MR4	2023-12-31

Indikator 6	<i>Prevalens av KOL</i>	1%	2023-01-31	1,4% (medel Sthlm)	PVQ	2023-12-31
Indikator 7	<i>KOL-patient med akut exacerbation som fått återbesök inom 6 v</i>	44%	2023-01-31	60%	PVQ	2023-12-31
Indikator 8	<i>KOL-patient med dokumentation avseende tobaksvanor</i>	64,1%	2023-01-31	>82% (medel Sthlm)	MR4	2023-12-31

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/verktyslada-forbattringsstrappa/>

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?

Del A: Implementering, utveckling och utvärdering av kallelsesystem.

- Prova nya "arbetslista" och fortsätta utvärdera övriga kallelsesystem från 2022.
- Under året utvärdera olika kallelsesystem och i slutänden enas om vilka/vilket system som ska användas
- Kontroll 2 ggr/år att alla patienter kallas oavsett kallelsesystem (febr -23 + sept -23)

Vilka: För detta ansvarar Sara Rendahl, Erika Malmberg och Karina Skoglund.

När: Avstämning mars, september, december.

Del B: Strukturerat omhändertagande av patienter med KOL

- "Kompetensgrupp luftvägar" (multidisciplinärt team på VC sedan flera år) utarbetar skriftliga rutiner för strukturerat omhändertagande vid nyupptäckt KOL och vid KOL med akut exacerbation
- Förankra kvalitetsarbetet ytterligare för ledningsgrupp 23 mars (Sara och Erika)
- Presentera kvalitetsarbetet och förslag på nya skriftliga rutiner för strukturerat omhändertagande av KOL, 28 mars (läkarmöte) (Sara och "Kompetensgrupp luftvägar")

I skriftliga rutiner ska bl.a. ingå kontroll av inhalationsteknik, indikation för spirometri, CAT, saturation, tobaksvanor, BMI, blodtryck, överväga remiss till KOL-skola, boka besök till sluta-röka-sköterska, etc.

Statistik och patientlistor delas ut avseende utvalda indikatorer kring KOL:

- Diagnossättning
- KOL-patienter som fått återbesök
- KOL-patienter med dokumentation avseende tobaksvanor
- Ev patientlistor på KOL där dokumentation kring tobaksvanor saknas

Gå igenom förslag på skriftliga rutiner för strukturerat omhändertagande vid nyupptäckt KOL och vid KOL med exacerbation ("Kompetensgrupp luftvägar", 28 mars eller läkarmöte i början av april)

- Nya skriftliga rutiner diskuteras
- KOL-patienter tydliggörs

- Tillgängliga resurser tydliggörs i rutiner och när och hur de ska användas, t.ex boka på sköterska som ger stöd för rökstopp, remiss KOL-skola, boka uppföljning på KOL-sköterska. I skriftliga rutiner ska även bl.a. ingå kontroll av inhalationsteknik, indikation för spirometri, CAT, saturation, tobaksvanor, BMI, blodtryck, överväga remiss till KOL-skola, boka besök till sluta-röka-sköterska, etc.

- Föreläsning KOL 23 maj för läkare och KOL-sköterska (hålls av läkare från läkemedelskommittén)
- Var 3:e månad uppföljande statistik och patientlistor kring KOL enl ovan på läkarmöten (28 mars, 23 maj, 22 aug, 14 nov. Presentera resultat i januari 2024)
- Revidera skriftliga riktlinjer vid behov under året.

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 bifogas

Avseende **del A** har vi fortsatt med vår implementering av strukturerade årskontroller – genom läkarbesök eller ssk-besök + distanskontakt (för våra patienter med "enkla" hypertoni). Vi har under året fortsatt kalla pat vid rec-förnyelse och efter "back-up"-lista som dragits ut vid två tillfällen. En läkare har fortsatt testa väntelista med stöd av en undersköterska som kallat och en läkare har kört med "arbetslista" – en typ av bevakningslista som bestått av blandade patienter. En tredje läkare har vidareutvecklat sin tidigare "diabeteslista" med tillägg av andra patienter som han kallar själv.

OBS: Under detta år har man inte varit ålagd att ta hjälp av vår undersköterska om man inte velat (under 2022 gick hon in med stöd av MLA och kallade pat som inte varit hos oss)

Del B har varit vår stora del som drog igång under våren med kartläggning av våra resurser och även de resurser vi hade i närområdet (kontakt rehab Dalen Södra). "Kompetensgrupp luftvägar" + MLA Dr Malmberg skapade flera omfattande lathundar både för läkare och KOL-sköterska att använda sig av vid KOL - nydiagnostiserad (men också gamla KOL-pat som vi inte haft struktur för) och exacerbation. Se bilaga 1-4 (de senaste uppdaterade versionerna från okt)

Vi skapade även en ny typ av tid i astma/KOL-mottagningens tidbok för uppföljande sköterskebesök (45 min) "ny KOL" och "KOL exacerbation uppföljning"

Vi skapade även ett behandlingsmeddelande att skriva ut från journalen och ge till pat "KOL – min behandlingsplan". Se bilaga 5 (Tyvärr lite svårt att få till snyggt från TC)

Vi hade även utbildning med Eva Wikström Jonsson, docent inom klinisk farmakologi och verksam inom läkemedelsverkets grupp för tema luftvägar, i två seanser. En eftermiddag med astma-uppdatering och en med KOL-uppdatering. Utbildningen var inriktad för läkare i första hand men även vår distriktssköterska Karin Meriniemi deltog i dessa.

Vår undersköterska Mona Borg återupptog sitt arbete med "sluta-röka-stöd-samtal" och har under året träffat 4 patienter. Som rutin har vi börjat erbjuda detta igen fysiskt på VC och vi har alla skriftlig pat-info om sluta-röka-linjen på rummen.

Vi har också alla info om Rehab Södra Dalens "KOL-skola" som vi delar ut till våra patienter, ibland skickar vi remiss också men hänvisning räcker.

Flera patienter har haft kontakt med rehab, bara positiv återkoppling.

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	Antal pat med kronisk "kardiometabol" diagnos men ej ÅK (krea) senaste 18 mån (= årskontroll)	92 st	2023-01-31	90 st	112 st	Egen listaM R4	2024-01-29
Indikator 2	Hypertoni men ej ÅK (krea) senaste 18 mån (=årskontroll)	190 st	2023-01-31	190 st	244 st	Egen listaM R4	2023-12-31
Indikator 3	DM typ 2 men saknar ifylld NDR-mall senaste 18 mån (= årskontroll)	71 st	2023-01-31	70 st	76 st	Egen listaM R4	2023-12-31
Indikator 4	Antal patienter på "arbetslista" (prova nytt kallelsesystem)	28 pat	2023-01-31	?	26 pat (+327 OEs lista)	Take Care	2023-12-31
Indikator 5	Antal genomförda fördjupade LM-genomgångar (kvalitet på årskontroll)	494 st	2023-01-31	>500 st	468 st	MR4	2024-01-29
Indikator 6	Prevalens av KOL	1%	2023-01-31	1,4% (medel Sthlm)	1,0%	PVQ	2023-12-31
Indikator 7	KOL-patient med akut exacerbation som fått återbesök inom 6 v	44%	2023-01-31	60%	39,4%	PVQ	2023-12-31

Indikator 8	<i>KOL-patient med dokumentation avseende tobaksvanor</i>	64,1%	2023-01-31	>82% (medel Sthlm)	64%	MR4	2024-01-29
--------------------	---	-------	------------	--------------------	-----	-----	------------

Övriga kommentarer:

När det gäller **del A** så ser man ju att vi tappat något där avseende kontroller av våra patienter. Det är ett observandum att kontrollistor och stöd i kallelserutiner med hjälp av sköterska har effekt. Detta kommer vi beakta i framtida beslut avseende vidare kontrollistor. Avseende **del B** ser vi tydligt att vi inte kommit framåt ännu i vår KOL-statistik. Det är förstås tråkigt men inte så konstigt då vi under året haft en hel del stök med frånfall i just "kompetensgrupp luftvägar" och vårt arbetssätt med påminnelser var 3-6 månad har inte kunnat prioriteras. Våra nya rutiner är mycket ambitiösa och vi hoppas att vår kunskap nu ökat hos hela personalstyrkan och att vi kan omsätta kunskapen i utredning, uppföljning, behandling, uppdatering så att våra patienter med KOL blir rätt omhändertagna.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Medicinskt har vi nog alla lärt oss en hel del inom KOL-området (och även astma). Vi har också börjat förstå hur viktigt det är med compliance och inhalationsteknik. Koppling till kroniska kardiometabola sjukdomar har vi också sett och nu även börjat tänka på KOL-behandlingen för dessa patienter. Sköterskebesök är viktiga ur många aspekter – dels för att sköterskan har mer tid – men också för att patienten lättare kan fokusera på KOL (och inte andra krämpor som patienten eller doktorn också vill avhandla).

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?

När det gäller **Del A** försöker vi vara flexibla och kalla patienten efter behov – om vår bedömning är att patienten inte behöver ett besök kan lab + BT + vikt hos sköterska vara ok + distanskontakt. Vi erbjuder även hem-blodtrycksmätning via webbformulär.

När det gäller **Del B** har vi försökt fånga upp patienters synpunkter och vara lyhörda för behov livsstilsråd/rehab/sluta-röka-stöd. Att de kommer med sina inhalatorer och genomgång + det faktum att patienterna får mer kunskap – ”Min behandlingsplan” är ett bra sätt för dem att delta mer aktivt.

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.

När det gäller **del A** kommer vi fortsätta med uppföljande listor 2 ggr/år och de som vill har fortsatt möjlighet att ta stöd av vår undersköterska Karina att hjälpa till med kallelser. Dr Rendahl använder sig fortsatt till viss del av väntelista och Dr Öhman som startade med arbetslista har kvar den. Dr Ekberg kommer fortsätta med sin egna variant "blandade" patienter på sin "Diabeteslista" för att få rull på alla patienter på samma lista. Dr Malmberg som har varit MLA har samlat in info från alla läkare vilket sätt de använder så att någon annan kan följa upp vid frånvaro.

När det gäller **del B** har vi mycket kvar att jobba med. Våra mycket ambitiösa rutiner sitter inte ännu men vi har fått en ny ST-läkare som är intresserad och redan kommit in i kompetensgrupp Luftvägar. Vi har i liten grad använt KOL-tidboken för ÅB efter exacerbation, detta bör vi göra mer av. Få pat har fått "sin" beh-plan KOL. Vi har skrivit en del remisser alt hänvisat till KOL-skola på rehab som många pat upplevt positivt.

Nya klockanlistan är nu också uppdaterad och förhoppningsvis gör det att arbetet med LM-förskrivning blir lite lättare.

Vi behöver påminnas om våra nya KOL-riktlinjer minst 2 ggr under kommande år och kanske blir det aktuellt med nya listor även om Dr Malmberg har lämnat över MLA-skapet. Ett stötte ansvar för dessa påminnelser och arbete kommer läggas på "kompetensgrupp luftvägar" så att arbetet känns genomförbart.

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.