

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn 5 Husläkare	
Verksamhetschef Albert Nazarian	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

### del 1 och del 2

#### 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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se) senast den **30 april 2019**, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas.

Denna mall med även **del 2** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@sll.se](mailto:rita.fernholm@sll.se).

#### DEL 1 – Planen

**Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner**  
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.  
**Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.**

Karin Hedman Astma-KOL sjuksköterska / Petros Asrat läkare ( petros.asrat.1@ptj.se )

#### Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?**  
Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

**T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck**

**Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke**

Prevalensen av astma för barn och vuxna beräknas till 10 % och av KOL ca 4-7 %. På 5 Husläkare har vi 141 patienter av 10964 listade med diagnosen KOL (1,3%) och 713 patienter med diagnosen astma (6,5 %)( Siffror från Primärvårdskvalite, Medrave). Diagnosgraden för astmapatienter känns rimlig även om man ska sträva att hitta så många som möjligt men vad gäller KOL patienter är känns det inte tillfredställande att vi inte har högre siffror med tanke på att vi har en välfungerande astma/KOL mottagning på vårdcentralen. Vi har förbättringsutrymme vad gäller att diagnostisera fler KOL patienter genom ett medvetet och riktat arbete för att hitta fler av våra KOL patienter.

#### Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....**

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn 5 Husläkare	
Verksamhetschef Albert Nazarian	Aktnummer (ifylles av HSF)

1) Vi vill öka prevalensen för KOL på vårdcentralen. Prevalensen av KOL har för hela befolkningen beräknats till 4-7 % men denna siffra ökar med stigande ålder och med antalet rökare. T ex är KOL prevalensen 16,2 % hos individer över 40 år. Bland 60 åringar som röker beräknar man att ca 25 % har utvecklat KOL och hos 75 åringar som röker har man bedömt att ungefär hälften har KOL (siffror från nationellt vårdprogram för KOL / slmf.se). Genom att aktivt leta efter denna grupp, dvs äldre personer som är rökare eller har rökt men även genom större engagemang från hela personalstyrkan vill vi hitta fler patienter som har KOL. Detta då man vet att tidig diagnostik är viktig för långtidsprognosen av KOL sjukdomen.

2) Utöver detta vill vi förbättra registreringen av längd och vikt av KOL patienter då långtidsprognosen och överlevnaden försämras vid låg BMI värde.

3) Vi vill även se över hur många av våra astma och KOL patienter har gjort spirometriundersökningar hos oss eller på fyslab eller på annat håll som grund för diagnossättningen. Upprepade lungfunktionsmätningar med spirometri är det viktigaste redskapet för att över tid följa försämring av lungfunktionen och därmed sjukdomsprogress. Enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av astma och KOL rekommenderas spirometri minst en gång om året vid okontrollerad astma med symtom samt var 3:e år vid välkontrollerad astma. Enligt RAVE statistik saknas aktuella spirometrier för en stor del av våra diagnostiserade astma och KOL patienter. Vi vill förbättra vården för våra astma och KOL patienter genom att erbjuda uppföljning regelbundet och att all personal ska vara uppmärksamma när det gäller patienter som ringer för att förnya recept gällande inhalationsbehandling.

**Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt**  
**T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer**

1) Vi vill öka diagnosgraden för KOL patienter.  
 2) Utöver detta vill vi förbättra registreringen av längd och vikt av KOL patienter då långtidsprognosen och överlevnaden försämras vid låg BMI värde.  
 3) Vi vill öka antalet spirometri som är gjorda på astma/KOL patienter.

**Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)**

- Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer.
- Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [ORC:s verktygslåda](#).

För att fånga upp fler patienter med KOL ska vi ta upp förbättringsarbetet på ett personalmöte. Patienter som är rökare i alla åldrar men framförallt äldre med många rökår ska erbjudas möjligheten att genomgå spirometri. Även när det gäller patienter som söker för upprepade luftvägsinfektioner eller långdragna infektioner ska man överväga detta. När det gäller de patienter som har eller får diagnosen KOL ska vi vara extra uppmärksamma på att registrera längd och vikt eller pats BMI. Vi ska även i samband med besök hos ssk eller läkare för astma eller KOL kontrollera hur många av patienterna har gjort spirometri som grund för deras diagnos.

**Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer)**

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn 5 Husläkare	
Verksamhetschef Albert Nazarian	Aktnummer (ifylles av HSF)

varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Prevalensen KOL patienter på VC.	160 st	190228	+10%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Registrerade BMI värden för KOL patienter på VC	48%	190415	5%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>	Antalet med KOL som har gjort spirometri sedan januari 2017	79%	190415	5%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>	Antalet med astma som har gjort spirometri sedan januari 2017	39%	190415	5%	<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>					<b>20191231</b>

**Kommentar (valfritt):**

**Vilka källor tar ni era data från:**

I första hand tar vi fram våra siffror från GUPS och Medrave.

**Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: [forbattringsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattringsarbeten.hsf@sll.se)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn 5 Husläkare	
Verksamhetschef Albert Nazarian	Aktnummer (ifylles av HSF)

## DEL 2 – Slutredovisningen

**OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.**

### A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

- Vi har under året tagit upp vårt förbättringsarbete på våra personalmöten så att hela personalgruppen skulle vara informerade och involverade i vårt syfte och mål. Vi har tagit upp vikten att fånga upp KOL patienter som sökt pga upprepade luftvägsinfektioner och luftvägssymtom och riktat in uppmärksamheten till framförallt äldre och kända rökare.
- Utöver personalmöten har vi haft ett flertal nyanställningar under årets lopp. I instruktionen av ny personal har det ingått presentation av vår astma/KOL verksamhet och nya läkare och mottagningsköterskor som svarar i telefon har informerats om vårt mål att fånga upp upptäckta KOL patienter och patienter med astma/KOL som inte har gjort spirometri på länge.
- Under årets influensavaccinationskampanj har ca 100 patienter fått en enkät att fylla där de bl a skulle svara på om de var rökare. Tanken var då att fånga upp en och annan rökare som kan ha en oupptäckt KOL. Rökarna har då erbjudits att andas i en COPD mätare och där dessa har visat patologiska resultat har personen erbjudits spirometriundersökning.

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Prevalensen KOL patienter på VC.	160	19-02-28	10%	175 (9,4%)	19-11-30
<b>Indikator 2</b>	Registrerade BMI värden för KOL patienter på VC	48%	19-04-15	5%	13%	20-01-15
<b>Indikator 3</b>	Antalet med KOL som har gjort spirometri sedan januari 2017	79%	19-04-15	5%	1%	20-01-15

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn 5 Husläkare	
Verksamhetschef Albert Nazarian	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 4</b>	Antalet med astma som har gjort spirometri sedan januari 2017	39%	19-04-15	5%	48% (ökning: 9%)	20-01-15
<b>Indikator 5</b>						

**Övriga kommentarer:**

Vi kom igång med båda COPD/screeningen och den målmedvetna arbetet något sent under hösten och fulla effekten av detta har ännu inte setts till årets slut och vi räknar med att dessa indikatorer som vi hade kommer att förbättras under 2020 nu när effekten av arbetet ger effekt.

**C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?**

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1. Det som känns mest givande och roligt, har varit att all personal har deltagit i vårt förbättringsarbete. Efter ett informationsmöte för personalen, har alla uppmärksammat och remitterat patienter. Det är tydligt att allas deltagande är viktigt för att lyckas med ett kvalitetsarbete.

Arbetet har visat att flera patienter har låg kunskapsnivå om sin sjukdom och behandling och att det med enkla verktyg går att förbättra hälsan samt livskvalitet för dessa individer.

Vi har hittat några KOL patienter med hjälp av screening med COPD under influensavaccineringen, vilket är positivt. Men blanketten som lämnades till patienter kunde ha förbättrats, för att bättre ringa in vilka som var mest angelägna för screening. Några hade rökt mindre än 5 år och slutat för mer än 30 år sedan och hade heller inga symtom, vilket inte framkom på enkäten. Endast vid 1.a vaccinations tillfälle erbjöds alla blanketten, övriga tillfällen missades några som borde ha screenats. De Spirometri-remitter som har kommit från läkare pga FD- rökare / rökare har varit ett bättre urval och vi har hittat flera nya KOL-diagnoser av dessa.

2. Vid möte med Astma/KOL- sköterska görs spirometri och resultatet diskuteras direkt med patienten samt även aktuell behandling. Förutom Spirometri-undersökning ingår även skattning av symtom med ACT/CAT. Status angående rökning, BMI, Fysisk aktivitet, allergianamnes/ triggerfaktorer och kunskap i egenvård såväl farmakologisk och icke farmakologisk samt inhalationsteknik.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn 5 Husläkare	
Verksamhetschef Albert Nazarian	Aktnummer (ifylles av HSF)

Det som har varit tydligt är att många har en delvis kontrollerad astma och många har anpassat sig i flera år till sina symtom. Många har angivit att de vaknar några gånger veckan av besvär och de har dagliga besvär av sin astma, men har trott att det inte går att må bättre.

De patienter som inte varit väl inställda har erbjudits uppföljning och behandling har korrigerats. Målet har varit att de själva skall få kunskap så att de själva kan förbättra sin hälsa.

Många patienter har gjort stora framsteg beträffande sin hälsa och uttryckt att de inte mått så bra på många år!

KOL patienter har erbjudits stöd till att sluta röka.

6-minuters-gångtest, KOL-skola. Vid avvikande BMI har de fått kostråd eller remiss till Dietist. Detta har förbättrat status för flera patienter och är av stor vikt för att minska exacerbationsrisk och förbättra livskvalitén.

KOL patienter har stadium indelats samt bedömts enligt GOLD kriterier och därefter korrigerats i behandling.

3. Fortsätta att introducera ny personal och fortsätta att arbeta efter våra nya rutiner.

4. I första hand har vi använt oss av siffror från Medrave och GUPS.

**D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan [forbattringsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattringsarbeten.hsf@sll.se)