

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stocksund vårdcentral	
Verksamhetschef Susanne Hejra	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 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.

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.

Susanne Hejra, distriktssköterska, Sara Karpsen läkare. sara.karpsen@sll.se
Marie Öresjö-Mattsson distriktssköterska, Tina Bäcklin undersköterska.

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

Våra patienter på Stocksunds vårdcentral är till stor andel äldre. Under 2018 hade vi 12473 patientbesök av dessa var 8681 stycken patienter över 50 års ålder, motsvarande 69%. Vi har en åldrad befolkning där 47% har minst 2 kroniska sjukdomar (M4). Då KOL utvecklas med tiden samt samvarierar med annan kronisk hjärt-kärlsjukdom är detta en viktig diagnos att detektera hos våra patienter. Enligt primärvårdskvalitet har Stocksund har 0,8% andel av patienter listade med diagnos KOL de senaste 5 åren jämfört med i landstinget Stockholm 1,4%. Enligt GUPS har Stocksund december 2018 1,02% där snitt SLL är 1,63% som har diagnosen KOL. Siffrorna ovan visar att Stocksunds Vårdcentral har en åldrande listningsgrupp och då det tidigare var mer vanligt med rökning misstänker vi att Stocksunds v.c har underdiagnostik av KOL patienter.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stocksund vårdcentral	
Verksamhetschef Susanne Hejra	Aktnummer (ifylles av HSF)

Enligt viss.nu och andra kunskapskällor är prevalensen för KOL i Sverige 4-7% men att endast ca 20% av dessa är diagnostiserade. Tobaksrök är den enskilt viktigaste faktorn i västvärlden för utvecklande av KOL. I Danderyds kommun röker 4,0% av befolkningen över 45 års ålder. Merparten av patienter har inga eller lätta symptom som vilket gör att det finns risk att sjukdomen inte uppmärksammas i vården. FEV1/FEV6 mätning med enkel minispirometer (CoPd 6) kräver mindre tid och resurser att utföra än en diagnostisk spirometri och är lämplig som ett screeninginstrument på rökare och före detta rökare. Undersökningen kan identifiera individer med hög sannolikhet för KOL som bör gå vidare till diagnostisk spirometri. Vid CoPd6 test med mått på kvot <0,73 eller FEV% på <80% kommer spirometrin sedan att i 79% uppfylla kriterier för diagnos KOL. Detta gör att man lättare kan detektera tidig KOL och tidigt sätta in insatser med behandling för rökavvänjning och medicinsk behandling för att lindra besvären och hindra fortsatt progress av lungfunktionsnedsättning.

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.....**

Ökad detektion av kronisk obstruktiv lungsjukdom

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

Vi vill öka detektionsgraden av KOL hos våra listade patienter. Detta vill vi göra genom att strukturerat utföra screening med CoPd-6 mätning på patienter > 45 år som är rökare eller har varit rökare (mer än 10 paketår).

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

- 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
- [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 patientsamverka i [QRC:s verktygslåda](#).

- Utföra CoPd6 mätning i samband med akuta besök med besvär från andningsvägarna hos patienter > 45 år som är rökare eller har varit rökare (mer än 10 paketår).

Erbjuda CoPd6 på ovanstående patienter vid bokade årskontroller. De patienter där CoPd-6 visar på misstänkt KOL erbjuda diagnostisk spirometri

- Vi har tagit fram ett flödesschema för indikation av CoPd 6 mätning. En guide till undersköterskor/ssk samt läkare för genomförande av CoPd 6 mätning. På samtliga läkarrum/ sköterskerum samt på laboratoriet inhandlat mätare samt rör. Detta för att praktiskt underlätta att man gör en undersökning även vid tidsbrist. Utse namngiven

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stocksund vårdcentral	
Verksamhetschef Susanne Hejra	Aktnummer (ifylles av HSF)

sköterska som ansvarar för material/underhåll av mätarna. Utbilda all personal i gemensam dokumentation enligt Take Care mallar.

- c. Våra patienter är pålästa och aktiva. Vi planerar att sätta upp en affisch/väntrumstV i med information om erbjudande av lungfunktionstest. Ett kort informationsblad utformas till patienterna om varför tidig KOL bör upptäckas.

En A4 affisch på vardera behandlingsrummet med information om betydelsen av tidig upptäckt av KOL

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 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...**

	Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	Andel patienter med diagnos KOL listad 45 år och äldre	34 st 1,56% (GUPS)	2018-12-31	50 st	20191231
Indikator 2	Antal som genomfört CoPd-6 mätning	0 stycken	2018-12-31	100 stycken	20191231
Indikator 3	Totalt antal utförda spirometrier	108 st. 2,36% (GUPS)	2018-12-31	200 st	20191231
Indikator 4	Andel patienter listade med identifierat tobaksbruk	147 st 2,4% (qlick view)	2018-12-31	250 st	20191231
Indikator 5					20191231

Kommentar (valfritt):

Indikator 2. Mål antal genomförda CoPd 6. Vi har ca 300 patienter över 45 år varav ca 4 % i befolkningen är rökare. Motsvarande 120 stycken patienter skulle vara rökare. Således är ett rimligt måå 100 stycken CoPd6 mätningar.

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stocksund vårdcentral	
Verksamhetschef Susanne Hejra	Aktnummer (ifylles av HSF)

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: forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stocksund vårdcentral	
Verksamhetschef Susanne Hejra	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 tagit fram ett flödesschema för indikation av CoPd6 mätning samt ett schema för utförande och journalföring av CoPd6 mätning. Dessa scheman har gått igenom vid flera arbetsplatsträffar med samtlig personal. Vi har även efter sommaren 2019 gjort en avstämning om hur det går och försökt identifiera vilka faktorer som hindrar att utföra undersökningen. Vi identifierade att sådana faktorer kan vara tidsbrist både vid mottagningsbesök och på laboratoriet som även har många andra provtagningar. Initialt saknades mätare på alla undersökningsrum vilket även hindrade att undersökning genomfördes.

Informationsblad till patienter gjorde vi inte eller A4 affisch på behandlingsrummen om vikten av upptäckt av tidig KOL. Vi har haft

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 antal	Resultat antal	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diagnos KOL listad 45 år och äldre	28 st Med rave)	2018-12-31	50 st	40 st	2019-12-31
Indikator 2	Antal som genomfört CoPd6 mätning	0 st Med Rave		100 st	42 st Med Rave	2019-12-31
Indikator 3	Totalt antal utförda spirometrier 2018	93 st Med Rave		200 st	115 st Med Rave	2019-12-31
Indikator 4	Andel patienter listade med identifierat tobkasbruk	147 st (glick view)		250 st	403 st (glick view)	2019-12-31

Övriga kommentarer:

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stocksund vårdcentral	
Verksamhetschef Susanne Hejra	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.
För att genomföra en ny rutin behöver samtliga i personalen känna sig involverade. Vi lyckades inte tydligt implementera rutinen hos alla medarbetare. Vi hade omsättning av personal som gjorde implementering svårare. Interventionen gjorde ändå att vi detekterade fler patienter med KOL i tidigt stadium. Vi tänkte även mer på att fråga patienterna kring rökvanor och det i sig är ett viktigt steg mot att identifiera rökare och hitta möjliga patienter med tidig KOL.

2.
Vår initiala tanke att skicka ut brev till patienter om varför tidig KOL bör upptäckas hade kunnat vara en väg att få fler patienter att själv reflektera och söka oss för detektion av tidig KOL. Det finns antagligen ett stort mörkertal bland våra patienter både som röker och som kan ha tidiga tecken på KOL men inte söker vård. Informationsblad i väntrum är dock en bra kanal för att väcka patienters intresse.

3.
Fortsätta att implementera rutinen och på ett smidigare sätt möjliggöra för att mätningar sker via laboratoriet som ett snabb test i samband med besök på mottagningen hos sköterska eller läkare.

4.
Medrave 4
Quick view

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 forbattningsarbeten.hsf@sll.se