

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Väsby Läkargrupp	
Verksamhetschef Peter Kaiser	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 [forbatteringsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbatteringsarbeten.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.**

Ansvarig: Erik Laurenfelt, ST-läkare, [erik.laurenfelt@gmail.com](mailto:erik.laurenfelt@gmail.com)

Teammedlemmar:

- Alexandra Gratz, Astma/KOL ssk
- Caroline Sundin, ssk

#### 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**

Vi har i dagsläget 219 patienter med diagnosen av 12980 listade patienter, av dessa är 61% kvinnor och 34% män. Mot bakgrund att Upplands-Väsby tillhör en av de kommuner inom region Stockholm med flest antal rökare, ffa hos kvinnor, kan vår siffra betraktas som låg. KOL är underdiagnostierad i hela landet, vi har som mål att med riktade insatser försöka hitta fler patienter med KOL hos våra listade patienter.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Väsby Läkargrupp	
Verksamhetschef Peter Kaiser	Aktnummer (ifylles av HSF)

--

### **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.....**

KOL

### **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**

Vårt mål är att hitta patienter med KOL och erbjuda dem adekvat behandling.

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

- a. 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.
- b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).
  - a. Genomföra en riktad screening av patienter >40 års ålder som är rökare, och erbjuda dem möjlighet till screening med COPD-6 mätare. Detta kommer vi genomföra genom att sätta upp tavlor i väntrummen och hänvisa de som önskar screening till labb där vederbörande personal kommer screena med COPD-6 mätare, vid positivt test kommer Alexandra eller Caroline boka upp patienten för diagnostisk spirometri. De patienter som önskar screening kommer alla erbjudas rökavvänjningssamtal.

- b. Att hitta patienter med odiagnostiserad KOL och erbjuda dem adekvat behandling och uppföljning. Att erbjuda rökavvänjning som deltar i screeningen.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Väsby Läkargrupp	
Verksamhetschef Peter Kaiser	Aktnummer (ifylles av HSF)

### 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. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Antal patienter med KOL	219	190401	>219	<b>20191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Antal patienter som fått rökavvänjningssamtal	?	190401	>10% av dem som deltar	<b>20191231</b>
<b>Indikator 3</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 4</b>					<b>20191231</b>
<b>Indikator 5</b>					<b>20191231</b>

**Kommentar (valfritt):**

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

### 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: [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Väsby Läkargrupp	
Verksamhetschef Peter Kaiser	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.

Delade upp arbetet med följande:

- **Utrustning:** Beställde COPD6-mätare och skrivit ut blanketter för rapportera patienterna som screenas.

- **Information:** Ansvariga sjuksköterskor, Alexandra och Caroline, informerar sköterskegruppen om hur screeningen går till så att alla kan genomföra den på ett korrekt sätt. Undertecknad informerar läkargruppen för att öka kännedomen av screeningen i hopp om att få patienter via läkarna till screening. Vi satte därefter upp tavlor i väntrummen med information till patienterna angående möjlighet till frivillig screening mot KOL.

### 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>	Antal patienter med KOL	219	190401	> 219	226 st	191231
<b>Indikator 2</b>	Antal patienter som erbjudits rökavvänjning	29 st	190401	>29	62 st	191231
<b>Indikator 3</b>						
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Väsby Läkargrupp	
Verksamhetschef Peter Kaiser	Aktnummer (ifylles av HSF)

### Övriga kommentarer:

Arbetet påbörjades i senare skede än planerat med anledning av icke tillräckliga resurser för spirometri undersökning. Vi hade samtal med läkargruppen under våren 2019 för information om vårt ny utformade KOL PM som följer nya behandlingsriktlinjer, vilket haft positiv effekt avseende ökad kunskap om de nya behandlingsriktlinjerna men även en ökad uppmärksamhet hos läkargruppen kring att identifiera patienter med möjlig KOL diagnos. En sannolik bidragande orsak till varför vi sett en ökad trend av ny diagnostiserade KOL patienter.

Sedan screeningen påbörjats i slutet av december har vi screenat 19 patienter fram tills början av mars, mestadels av dessa har kommit via DSK eller läkare. Vi har dock haft enstaka, 3 st, egenanmälda patienter som önskat screening. Av de 19 som screenats har alla erbjudits rökavvänjning, där 2 st tackat ja till det. Av de 17 som screenats har 4 st haft en kvot under 0,73 vilket motiverat vidare utredning med spirometri, som de nu står på väntelista för.

### 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. Att färdigställa resurser innan arbetet sätts igång så att det finns tillgänglighet att fullfölja projektet. Att upprätthålla regelbunden kommunikation med alla delaktiga i projektet. Att sprida informationen till patientgruppen på ett bättre sätt för att öka deras delaktighet.

2. Det tog ett tag innan patienter började komma in via egen anmälan till screeningen, vad man kan göra i framtiden är att fundera kring hur vi når fram till denna grupp bättre.

3. Vår plan är att fortsättningsvis försöka identifiera patienter med möjlig KOL diagnos hos våra rökare och fd rökare samt att fortsatt erbjuda dem screening med COPD-6. Vi kommer fortsatt arbeta med att erbjuda alla våra aktiva rökare, liksom idag, möjlighet till rökavvänjning.

4. GUPS-LUD

### 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](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)