

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Bromma Husläkarmottagning	Namn på er Informationsapotekare Anna Svernedal
Verksamhetschef Philip Latif	Verksamhets philip.latif@brommahlm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Jenny Vikbladh	Kontaktpersonens e-post jenny.vikbladh@brommahlm.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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se **senast den 1 mars 2025, 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 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

**Radera EJ text i grå fält.**

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetsätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Jenny Vikbladh
Profession: Enhetschef

**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 två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock 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) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A:

Distriktssköterska Anders Veide, distriktssköterska Jenny Vikbladh, allmänläkare Hafiz Latif, undersköterska Lenna

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B:

Intervjua pat under besöket.

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Ett förbättringsarbete börjar ofta 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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

### **Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.**

I år vill vi att våra KOL patienter ska vara i fokus. Ser i MedRave att vi inte har givit patienterna CAT formuläret. CAT formuläret har 8 patienter fyllt i av 52. Av 52 patienter så har vi endas gjort 27 spirometrier. Vid vidare kontroll av primärvårdskvalitetsindexvariablerna så ser vi att vi har förbättringsmöjligheter på att utföra spirometrier, förekomsten av diagnos kronisk obstruktiv lungsjukdom, patienter som har fått exacerbationer och kommit på återbesök och andel patienter med kol som har dokumenterar om sina tobaksbruk.

Vi vill att sjuksköterskor/distriktssköterskor på vårdcentralen ska kunna utföra spirometrier och följa upp dessa patienter. Sedan vill vi att läkarna ska kunna följa upp dessa så att de blir väl om hände tagna. Vi vill skapa nya rutiner där vi skriver hur vi går till väga med KOL patienter och hur vi ska följa upp dessa under året.

Genom att försöka höja mätvärden på KOL patienter så höjer vi kvalitén på vården som vi levererar till våra patienter med KOL- diagnos. Vården av dessa avsevärd betydelse då de utgör en betydande del av vårt kronikerunderlag på vår verksamhet. Under senaste åren har vi arbetat med att ta fram rutiner om kroniska diagnoser som hypertoni och diabetes typ 2.

Så i år vill vi höja vår kompetens berörande våra KOL patienter som vi tycker är en viktig målgrupp.

**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-patienter.

**Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

**Formulera här era mål:**

**Vi vill se en prevalens av KOL patienter på verksamheten som är överensstämmande med medianvärdet i riket.**

**Vi kommer att använda en COPD-6 mätare till hemsjukvård patienter som inte kan ta sig till vårdcentralen.**

**Vi vill att patienter med KOL som söker sig till oss ska få en årlig kontroll.**

**Vi vill att KOL patienter ska få fylla i CAT- formuläret.**

**Vi vill att KOL patienter ska få göra en spirometri.**

**Vi vill att KOL patienter ska få en regelbunden uppföljning.**

**Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)**

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

**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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Kompetens brist hos personal

1.1: Utbilda personal  
1.2:  
1.3:

2: Avsaknad av väl utarbetade rutiner för KOL patienter.

2.1: Utforma en väl genomtänkt rutin för hur man tar hand om kol patienter.  
2.2: Kalla alla KOL patienter och mät ny resultat.  
2.3:

3:

3.1: Använda COPD-6 mätare  
3.2:  
3.3:

**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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten 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. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM 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>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Kolo1: Förekomst av diagnos kronisk obstruktiv lungsjukdom på vårdcentralen</i>	0,9%	2025-02-06	1,3%	Med-rave	2025-12-31
<b>Indikator 2</b>	<i>Kolo3: Andel patienter som har kroniska obstruktiv lungsjukdom kol med exacerbationer som varit på återbesök</i>	55,6%	2025-02-06	60%	Med-rave	2025-12-31
<b>Indikator 3</b>	<i>Kol17: Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk</i>	83,9%	2025-02-06	90%	Med-rave	2025-12-31
<b>Indikator 4</b>	<i>Kol 16R. Andel rökare med kol som genomfört spirometri</i>	23,8%	2025-02-28	50%	Med-rave	2025-12-31
<b>Indikator 5</b>	<i>Fyllt i CAT- formulär underbesöket</i>	16%	2024-01-01-2025-02-06	50%	Med-rave	2025-12-31

**Kommentar (valfritt):**

Vi går in i Medrave minst en gång i veckan för att se ifall vi har fått nya patienter med koldiagnos och så skickar vi in data till luftvägsregister. Vi tittar också på vilka som inte har kommit och vi gem för med vår lista i Tackare.

**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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

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 tänk? 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?

**Planera:** Philip och Jenny utarbetar skriftliga rutiner i samråd med MLA Hafiz under kvalitetsgruppsmötena innan vår 2025 se (bilaga 1). Jenny kommer att ansvara över det operativa utförandet av årskontrollerna av kol patienter under året, och att dessa utförs enligt den rutin som kvalitetsledningsgruppen kommit överens om. MLA Hafiz kommer att ansvara för att instruera och utbilda sina lärarkollegor. En undersköterska kommer att få kalla alla kol patienter till vårdcentralen för besök.

**Göra:** Planen utförs enligt planering och vi börjar att kalla KOL patienter för uppföljning.

**Studera:** Intern utbildning och extern utbildning i form av spirometrikörkort saknas hos en medarbetare. Se om vi hittar någon föreläsare om kol som får komma hit och ge föreläsning till personalgruppen. Vi kan också se ifall vi får hit någon som kan upplysa mer om spirometri svaret.

**Agera:** Först ska vi börja skriva en rutin om handläggandet av årsbesök för kol patienter. Vi tror att vi kan arbeta upp en bra rutin för kol patienter så att de blir väl omhändertagna och att vi träffar de kontinuerligt. Kol patienter behövs lyftas upp och vi kanske hittar några som också behöver hjälp med annat också som tex nutrition och medicinering.

**Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som en bilaga (ej länk) i WORDFORMAT namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 28 februari 2025 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto: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

Vi har under året utbildat en undersköterska som har fått hjälpa till med att utföra spirometrier. Vi har också haft en distriktsköterska som också har gjort spirometri som redan har spirometri körkortet. Vi ville skicka en undersköterska på spirometrikörkort men hen fick inte gå utbildningen så vi fick utbilda hen internt.

Vi har haft en KOL-utbildning i höst på vår vårdcentral som alla i personalen var med på. Se bilaga 3. (KOL-Akademiskt primärvårdcentrum). Det hade varit bra ifall hen redan hade kommit i vår som det skulle men hen vart sjuk. Utbildningen var väldigt matnyttig för alla kategorier på vårdcentralen. Där fick läkarna veta vad de skulle skriva ut för mediciner till patienter med koldiagnos.

Vi har tittat i Medrave efter pat med KOL-diagnos och där hittade vi flera stycken. Efter det upprättade vi ny patientlista för våra patienter med KOL-diagnosen. Vi hade 52 patienter från början som sakta ökade. Det är viktigt att gå ofta till Medrave och kolla om det har blivit flera patienter och lägger upp nya patienter i Tackcare. Listan måste vara levande. Vi har regelbundna möten och uppföljningar för att se och utvärdera vad som fungerar och fånga upp nya idéer och nya patienter. Sedan tog vi upp vår kvalitetsarbete flera gånger om året på APT- mötena så att alla i personalgruppen fick vara delaktig hur det har gått och var vi är någonstans med KOL-patienterna.

Vi har kallar att patienter med koldiagnos till mottagning för en genomgång av sin KOL diagnos och då ingår, patientsamtycke, spirometri, bltr, puls, bukombång och saturation. Peff före och efter inhalation, längd, vikt, kost-rökning-motion- alkohol, aktuellt läkemedel, cat formulär. Vi har en lathund för frågorna som vi ska ställa vid dsk/usk besöket. Se (bilaga 2). Besöket tar ca 45-60 minuter och patienten får träffa en dsk/ssk eller undersköterska sedan får de en bokad tid till sin läkare som är på 30 minuter och de går igenom allt material och sammanställer patientens mående och mediciner.

De patienter vi har i hemsjukvården som har koldiagnos och inte kan ta sig till mottagningen för en spirometri fick ett besök i hemmet av en distriktsköterska. I besöket ingår, patientsamtycke, COPD-6 mätare, längd, vikt, bltr, puls, saturation, bukombång, kost-rökning-motion- alkohol, aktuellt läkemedel, CAT- formulär. Efter besöket så bokas det ett läkarbesök som också gör ett hembesök och går igenom och sammanställer patientens mående och välbefinnande.

Efter att patienterna har varit på vårdcentralen så går man in i Medrave och går på diagnoskod kol och sedan till luftvägsregistret och skickar in informationen. Där kan man också se vilka som har fyllt i CAT-formulär mm. Det är ett viktigt verktyg för de som ska bedriva vården för att man hittar lätt patienterna där som avviker i något som man då kan kalla om till ett nytt besök och förhoppningsvis blir patientens mående lite bättre.

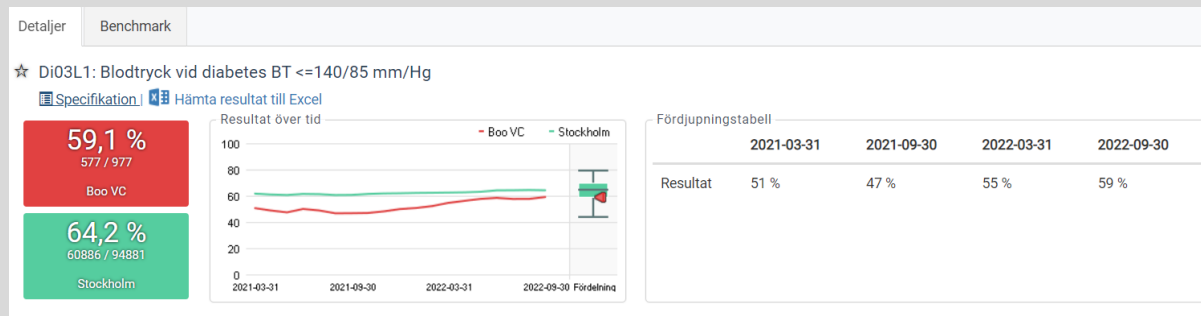
Vi har kallat alla patienter men vissa har tackat nej och vill inte komma och vissa har gått med på en telefonintervju. Majoriteten har vi fått till vårdcentralen på årsbesök för sin Kol-uppföljning.

Vi kommer framöver att kalla alla KOL-patienter årligen från vår egen KOL- patientlista i Tackcare. Vi har lyft KOL diagnosen detta år med att vi också tittade på Stramas självdeklaration och där valde vi att titta på Akut exacerbation av KOL. Så hela år 2025 har vi lyft KOL patienter, allt från föreläsningar till interna utbildningar.

## 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:



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Kolo1: Förekomst av diagnos obstruktiv lungsjukdom på vårdcentralen</i>	0,9	2025-02-06	1,3%	1,2%	Medrave	2025-12-31
<b>Indikator 2</b>	<i>Kolo3: Andel patienter som har kroniska obstruktiv lungsjukdom kol med exacerbationer som varit på återbesök</i>	55,6%	2025-01-06	60%	33%	Medrave	2025-12-31
<b>Indikator 3</b>	<i>Kol17: Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk</i>	83,9%	2025-02-06	90%	100%	Medrave	2025-12-31
<b>Indikator 4</b>	<i>Kol 16R. Andel rökare med kol som genomfört spirometri</i>	23,8%	2025-02-06	50%	79%	Medrave	2025-12-31
<b>Indikator 5</b>	<i>Fyllt i CAT-formulär underbesöket</i>	16%	2024-01-21-25-02-06	50%	92%	Medrave	2025-12-31

**Övriga kommentarer:**

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att det är viktigt att ta KOL patienter på ett årligt besök för att fånga upp de som inte mår bra i sin KOL-diagnos och ge möjlighet till att försöka förbättra deras mående. Med tex: byta medicin, lägga till medicin, näringsdrycker, stödsamtal med vår psykoterapeut eller distriktsköterskan eller läkaren. Vissa patienter återkommer några gånger om året på grund av att deras hälsa blir sämre tex när de får en förskylning och då är det viktigt att vi kan hjälpa dessa patienter på bästa sätt.

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?

Patienterna har fått vara delaktiga i sin vård allt från att bestämma själv ifall de vill komma eller inte. Sedan har vissa gått med på telefonintervju. De flesta patienterna har tyckt att det var positivt att vi kallade dem för uppföljning. Många hade inte gjort en spriometri på länge eller fyllt i CAT formulären. Under besöket så fick vi också se hur de tog sin medicin och det var intressant för vissa tog den fel. Några patienter hade inte förstått att de skulle fortsätta med sin inhalation när den tog slut och då hade varit utan i flera månader. Då fick de information att de behöver fortsätta med medicinen hela sitt liv och inte sluta med den självmant. Några av våra patienter behöver också mera näring och står på näringsdrycker och vid besöket var det bra att få uppfattning om patientens kosthållning.

I hemsjukvården användes COPD-6 mätaren och det gick smidigt att använda denna mätare på patienten. De fick först en instruktion och sedan blåste de i den. Alla patienter fick också i hemsjukvården en uppföljning av distriktsköterskan, undersköterskan och läkaren. De fick också fylla i en CAT-formulär. Distriktsköterskan visade alla patienter hur de också skulle använda sina inhalationer och kontrollerades att patienterna gjorde rätt. Vissa patienter tyckte att det var svårt att använda sin inhalator och då bytes den till en Optichamber och de fick en inhalator i spray form som de tyckte var lättare att hantera.

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.

Vi kommer att kalla dessa årligen med ett besök till dsk/ssk/usk för CAT formulär, bltr, puls, saturation, vikt, längd mm. Spirometrier kommer vi inte göra årligen om de är stabila. Vi har skapat en lista i TakeCare som de kommer att bli kallad ifrån och ibland kommer nya patienter från MedRave.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**  
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan [forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se)  
**Bilagor** sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.