

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA:

KOL – Tidig diagnostik och strukturerad uppföljning

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn Capio Vårdcentral Kungsholmen	Namn på er Informationsapotekare Rojin Rajabian Söderlund
Verksamhetschef Daniel Magnusson	Verksamhetschefens e-post Daniel.Magnusson@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Jesper Ahlberg	Kontaktpersonens e-post Jesper.Ahlberg@capio.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.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 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 forbattringsarbeten.apc.slso@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 arbetssätt). 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: Jesper Ahlberg
Profession: ST-läkare Allmänmedicin

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:

Anne-Barbara Witte, Hemsjukvårdsläkare (specialist i Allmänmedicin)
Jesper Ahlberg, ST-Läkare
Charlotte Rivero Melian, Astma/KOL sköterska.

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

B:

Patientintervjuer i samband med besök på Astma/KOL mottagningen.

Vi tänker skapa en strukturerad intervjumall innehållande några få enkla frågor som besökande ska få svara på. Tex ”Tycker du att du har tillräckliga kunskaper kring din KOL-sjukdom?”

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.

KOL är en vanlig sjukdom med stor påverkan på livskvaliteten, inte minst i den äldre patientgruppen. Enligt Socialstyrelsen lever 400 000-700 000 människor i Sverige med KOL. Vi har jämfört denna siffra med antal patienter som har diagnosen i Stockholm och vid vår vårdcentral, genom att titta i PrimärvårdsKvalitet och MedRave. Vi har kommit fram till att det råder en underdiagnostik (troligen även underrapportering) av KOL generellt i Stockholm och i ännu högre grad på vår vårdcentral. Genom att hitta och behandla KOL-patienter tidigt minskas risken för onödig negativ påverkan på livskvaliteten och ökade samhällsekonomiska kostnader.

I vårt journalsystem har vi en gedigen väntelista med färdigt utredda KOL-patienter som har satts in på behandling, och som väntar på att följas upp för sin sjukdom. Som förberedelse inför detta förbättringsarbete, har vi gått igenom Socialstyrelsens Nationella Astma/KOL Riktlinjer, mer specifikt delarna som handlar om patientutbildning, bedömning av funktionsförmåga och uppföljning. Vi inser att vi på många sätt kan förbättra vårt omhändertagande av de färdigt utredda KOL-patienterna, åtminstone om vi ska följa Socialstyrelsens styrdokument.

Det finns goda möjligheter till att organisera en välfungerande KOL-mottagning vid vår vårdcentral eftersom vi har två KOL-utbildade distriktsköterskor, och möjlighet till spirometri. Det känns naturligt att det ingår i förbättringsgruppens arbete att skapa flöden och rutiner för en sådan mottagning.

Vi tror även att det får positiva effekter för vår arbetsmiljö om vi strukturerar upp omhändertagandet kring denna, ofta komplext sjuka och sköra, patientgrupp. Att få jobba med ett specifikt ansvarsområde och utveckla sin kompetens, kan göra jobbet ännu roligare. Och att känna att vi gör skillnad för en grupp med stora behov, kan vara extra tillfredsställande.

Vid upprättandet av rutinerna, ämnar vi i hög grad att följa de nationella riktlinjerna. Då ingår även en ambition att involvera patienten (information, utbildning, vårdplan), att optimera och individualisera inhalationsbehandlingen samt att göra nutritions- och funktionsbedömningar. Funktionsförmågan kan exempelvis effektivt testas med ett 6-min gångtest, vilket vi i nuläget enbart gör hos 1 % av våra patienter enligt våra siffror i Primärvårdskvalitet. Denna siffra skulle kunna ligga betydligt högre.

Vad gäller övriga KOL-relaterade indikatorer i Primärvårdskvalitet, ligger vi överlag bra till jämförd med Stockholmssnittet – vilket dock inte behöver betyda att siffrorna är goda nog. Exempelvis "Andel patienter med ny diagnos KOL som genomfört spirometri": Vår siffra är 50 %. Det är bättre än Stockholms snittet som är 48,5 %. Siffran är ändå orimligt låg med tanke på att diagnosen KOL sätts genom att påvisa kvarstående luftvägsobstruktion just vid spirometri ($FEV_1/FVC < 0,7$ efter bronkdilatation). Att öka just denna siffra, rimmar väl med målet att i större utsträckning identifiera, diagnosticera och dokumentera diagnosen hos patienter som söker med KOL-misstänkta symtom.

För patienter med säkerställd diagnos är målet i slutändan att patienterna ska känna sig trygga i sin sjukdom, att de ska rapportera färre symtom och uppleva bättre prestationsförmåga, att försämringsepisoder och sjukhusinläggningar minskar, och att deras livskvalité ökar.

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 – tidig diagnostik och strukturerad uppföljning

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 brainstormade och vi kom på många mål som var och en bidrar till ett optimerat omhändertagande av patienter med verifierad KOL och KOL-misstänkta symtom. **Vårt kanske viktigaste mål är att patienten ska känna sig välinformerad och trygg avseende sin sjukdomsdiagnos, behandling och planering framåt.**

Övriga mål:

- Tidig diagnostik för att upprätthålla livskvalité (skapa ett strukturerat flöde för patienter som söker med långvarig hosta och/eller andfäddhet, tillgång till COPD-6 mätare)
- Rätt inhalationsbehandling för att förebygga och minska symtom (baserad på spirometriresultat, CAT enkät/annan symtomskala och patientens individuella behov)
- Förebygga undernäring (vikt, nutritionsbedömningar, förskrivning av näringsdryck)

<ul style="list-style-type: none"> - Ökad prestationsförmåga (kan följas med 6-min gångtest, kan uppnås med optimerad LM behandling, optimerad nutrition och samarbete med rehab, ex motståndsandning, hostteknik, KOL anpassad träning...) - Minskad förekomst av exacerbationer (i samma anda minskat behov av antibiotika och färre sjukhusinläggningar) 	
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: Vi saknar tid och utrustning (ex COPD-6 mätare), men vi utnyttjar heller inte befintlig kompetens och resurser tillräckligt effektivt.	1.1: Skapa rutiner för en KOL-mottagning 1.2: Införskaffa en/flu COPD-6 mätare 1.3: Kartlägga behoven för att bättre kunna motivera våra krav på resurser. Som del av detta bör vi gå igenom väntelistan, samt ta MedRave till hjälp för att hitta patienter som tidigare fått diagnos men sedan inte följts upp.
2: Vi saknar utbildning, det finns potential för att höja kompetensen bland personalen.	2.1: Internutbildning, ex hur man genomför ett 6-min gångtest och med vilket syfte 2.2: Utbilda en undersköterska i genomförandet av spirometri (som KOL sköterskan eller läkaren sedan tolkar) 2.3: Spirometri-körkort, externa kurser om KOL och samsjuklighet med KOL, läkemedelslunch med presentation av olika inhalatorer...
3: Vi kan bli bättre på att sätta diagnos- och åtgärds-koder, annars kommer våra insatser inte att synas i statistiken.	3.1: Att sammanställa en lista över relevanta koder och dela ut till läkarna och till våra specialistsköterskor. 3.2: Att gå igenom hur vi journalför våra insatser och under vilka sökord.
4. Vi kan bli bättre på att involvera våra patienter.	4.1: Informationsbroschyr, ev. individuell vårdplan i samband med besök vid mottagningen 4.2: Genomföra patientintervjuer, förslagslåda i väntrummet 4.3: Låta patienten förbereda besöken, ex skicka ut VIK-formulär
Mått och mätetal (indikatorer) <ul style="list-style-type: none"> • 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? 	
<p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	
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 snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)	

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 "balanserande 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.**

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Förekomst av diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), på vårdcentral</i>	162 patienter = 1 %	31/1-25	329 patienter = 2 %	PK	<i>Dec 2025</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI</i>	64.3 %	31/1-25	80 %	PK	<i>Dec 2025</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter med KOL och underhållsbehandling som genomgått 6-minuters gångtest, på vårdcentral</i>	0.9 % (1/107 patienter)	31/1-25	30 %	PK	<i>Dec 2025</i>
Indikator 4	<i>Andel patienter med diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) som genomgått patientutbildning</i>	20 %	31/1-25	35 %	PK	<i>Dec 2025</i>
Indikator 5	<i>Andel patienter med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri</i>	50 %	31/1-25	75 %	PK	<i>Dec 2025</i>

Kommentar (valfritt):

PK = PrimärvårdsKvalitet

Indikator 1: Om man tänker sig en prevalens av minst 400 000 på 10 miljoner (invånare i Sverige), motsvarar detta 4 %. Enligt Internetmedicin är prevalensen ännu högre, 7 %. Det är ju möjligt att just vår vårdcentral faktiskt inte har så många listade patienter med KOL, men vi kan åtminstone försöka öka förekomsten av diagnosen från 1 % till 2 %. Att vi får en bättre bild av vårt patientunderlag är ju dessutom en förutsättning för att kunna bedöma resursbehovet framöver.

Indikator 2: Här ligger vi något sämre till än Stockholmsnittet. Att det finns en vikt registrerad, speglar indirekt att patienten har varit på besök hos oss, och att vi tar hand om "hela" patienten. Att registrera vikt och tala nutrition med patienten kan möjligen bidra till att man pratar mer om sjukdomens konsekvenser och hur patienten själv kan förebygga (livsstil). Då involveras patienten i sin egen vård, vilket är ett av våra mål.

Indikator 3: Enligt Socialstyrelsen är 6-min gångtest rekommenderad hos KOL patient som trots behandling har en FEV-1 kvot under 80 % efter bronkdilatation. Med hjälp av MedRave kan vi lätt identifiera 49 sådana patienter. Vi bör kunna göra en riktad insats där vi kontaktar just dessa patienter och ser till att 6-min gångtest blir av, målvärdet skulle då stiga till 46 %. Problemet där blir att vi genom att följa upp fler patienter under året, troligen kommer hitta fler med FEV 1 kvot under 80 % och då stiger även vår nämnare. Därför sätter vi inte 46 % utan lite mindre som mål, 30 %.

Indikator 4: Här vill vi, att börja med, bara bli bättre än Stockholmsnittet (34.3 %). Vi får titta på hur patientutbildning definieras och den ska dokumenteras för att följa med i statistiken.

Indikator 5: Vi tror säkert att den faktiska siffran är betydligt högre. Vi har under de senaste 2 åren remitterat ut de flesta diagnostiska spirometrier (alltså inte gjort diagnostiska spirometrier själva utan bara uppföljande spirometrier) och då saknas dessa i statistiken. Denna hypotes stärks av att vi

har tittat aktivt i många av de patienternas journal som saknar data om spirometri och då har samtliga av dessa pat genomfört en spirometri.

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

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 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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

Det finns en rad möjliga förbättringshjul att planera för och börja testa, exempelvis följande

- Rutin för strukturerad uppföljning av våra KOL patienter vid mottagningen
- Optimerad omhändertagande av KOL patienter i hemsjukvården
- Patientmedverkan – hur får vi patienten att känna sig delaktig i sin egen vård
- Flödesschema diagnostik
- Att öka och upprätthålla kompetens genom att hitta struktur för kontinuerlig fortbildning

Här kommer en mer detaljerad planering för första hjulet. Avseende första hjulet finns det ett behov som måste bemötas med viss brådska - väntelistan är aktiv och våra patienter väntar på sin uppföljning.

P Att kartlägga befintliga KOL-patienter (MedRave, vår väntelista) och att skriva en rutin för strukturerad uppföljning i enlighet med VISS och Nationella Riktlinjer.

G Att implementera rutinen i vår verksamhet (tillsätta resurser, välja lokal, skapa tidböcker).

S Uppföljning i samband med våra kvalitetsmöten, vi planerar för en timmes gemensamt möte varje vecka.

A Vi kommer efterhand att märka hur smidig vår rutin är, vilka praktiska hinder vi stöter på och om vi arbetar tillräckligt resurseffektivt för att få bukt med väntelistan. Vi kan även behöva ändra kurs om det framkommer synpunkter i patientenkäterna som tyder på brister i vårt omhändertagande.

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

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

Vår har införskaffat två COPD6-mätare samt genomfört kortfattad utbildning i hur dessa används. Tanken har varit att om det funnits en misstanke om KOL hos en patient kan en första screening genomföras med COPD6-mätarna för att minska antalet spirometrier som inte leder till någon diagnos. Vidare har tanken varit att tröskeln att genomföra en COPD6 undersökning skall vara lägre än att genomföra en spirometri/sända remiss för spirometri.

Vi har även genomfört muntliga patientenkäter/intervjuer dels för att få en uppfattning om vad de tycker om vår KOL-mottagning och vård. Men även få en djupare kunskap om vad de själva har för insikter kring sin egen sjukdom och behandling.

Resultaten redovisas översiktligt nedan:

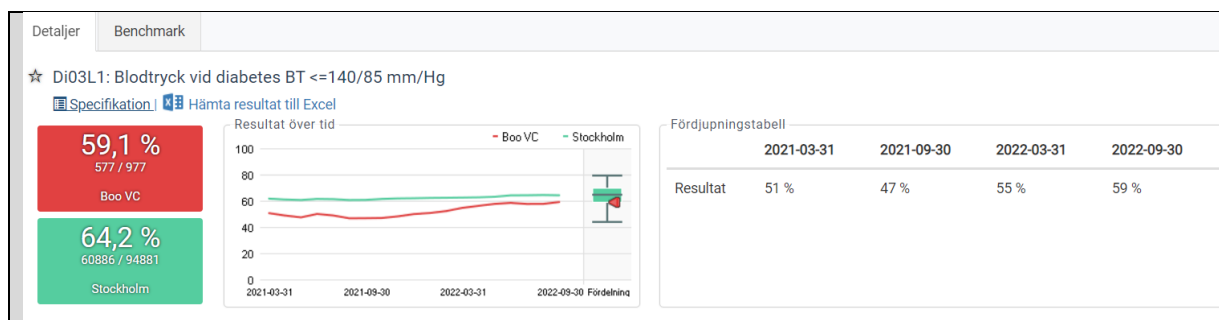
- Undersökningen visar att många känner sig välinformerade om sin lungsjukdom och behandling. Graderat på en skala mellan 1-5 uppskattar pat i genomsnitt sin kunskap till 4.2.
- 13/14 patienter känner sig trygga med användningen av sin inhalator.
- 10/14 svarar adekvat på frågan om de förstår syftet med sin behandling.
- 1/14 har bra kunskap kring vad de ska göra vid en akut försämring. 10/14 vet inte vad de ska göra. Övriga har vissa kunskaper eller svarar allmänt hållet på frågan.
- Samtliga uppfattar att de får god vård för sin KOL på vårdcentralen. 5 patienter nämner särskilt att personalen känns kompetent. Några önskar i olika grad högre kontinuitet med att samma vårdgivare träffar patienten vid upprepade tillfällen. Två patienter tycker inte de följts upp på ett regelbundet sätt

Vi har skapat en arbetsrutin för KOL-sköterska för att standardisera arbetet på KOL-mottagningen.

Ledningen har tagit beslut att avveckla väntelistan för KOL eftersom bemanningssituationen på KOL mottagningen varit skör och väntelistan ej uppdaterad. Istället har alla distriktsläkare uppmanats att regelbundet gå igenom sina kontroll-listor för kroniska diagnoser på Medrave, vilket alltså även inkluderar diagnosen KOL. Man identifierar då patienter för vilka det var > 18 månader sedan diagnosen har satts i samband med en vårdkontakt. Distriktsläkarna har fått lära sig hur man smidigast kallar dessa patienter via vårt Chatt-system med föregående VIK utskick. På så sätt minskar risken att diagnoser faller bort, framförallt är det dock ett sätt att hitta och prioritera patienter i behov av uppföljning – och i förlängningen att arbeta pro-aktivt (att vi aktivt tar kontakt med patienter innan de är i behov av ex recept, får komplikationer av sin sjukdom mm).

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	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. MedRave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Förekomst av diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), på vårdcentral	162 patienter = 1 %	31/1-25	329 patienter = 2 %	1.1% 177 pat	MedRave	29/1
Indikator 2	Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI	64.3 %	31/1-25	80 %	57.5 %	MedRave	29/1
Indikator 3	Andel patienter med KOL och underhållsbehandling som genomgått 6-minuters gångtest, på vårdcentral	0.9 % (1/107 patienter)	31/1-25	30 %	2.6%	MedRave	29/1
Indikator 4	Andel patienter med diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) som genomgått patientutbildning	20 %	31/1-25	35 %	31.8%	MedRave	29/1
Indikator 5	Andel patienter med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri	50 %	31/1-25	75 %	36.5%	MedRave	29/1

Övriga kommentarer:

Vi har under året tyvärr inte haft de personalresurser som vi trodde och redovisade vid starten av förbättringsarbetet. En av KOL-sköterskorna slutade i början av året och den andra har i tilltagande utsträckning varit tvungen att arbeta inom andra delar av verksamheten. Rekrytering av ny astma/KOL-sköterska blev klar först i augusti, och även denna sköterska har i skrivande stund sökt sig vidare till andra uppdrag och arbetar nu enbart på timme. Vår äldremottagning, som fångade upp en del KOL-patienter, lades också ner under våren-25

Detta har i sin tur resulterat i att vi inte haft möjlighet att pröva vår nya rutin för KOL-mottagningen i den kliniska verksamheten. En ny KOL-sköterska är under rekrytering och förhoppningsvis kan rutinen vara till hjälp vid återuppstart av KOL-mottagningen.

Sammantaget har personalsituationen lett till en initial försämring i flera av våra indikatorer, men när KOL-mottagningen åter kom igång (augusti 2025) ser vi positiva effekter i flera indikatorer. De negativa effekterna under våren ser vi främst i de indikatorer som är kopplade till sköterskans roll i vården. Detta gäller tex vikt och gångtest.

Då vi varit medvetna om dessa problem i verksamheten har vi tillsvidare arbetat med andra metoder för att upprätthålla god vård. Här kan särskilt nämnas att distriktsläkarna gått igenom kontrollistan och på det sättet fångat upp patienter som saknat uppföljning. Det har skett kontinuerligt under året.

Detta visar också sårbarheten i en verksamhet kopplad till kunskap hos personal. Det har varit fullt möjligt att upprätthålla en stabil vårdnivå men att vidareutveckla verksamheten i samband med personalomsättning har varit en utmaning.

Indikator 1: Förekomst av diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), på vårdcentral

Väsentligen oförändrat resultat jämfört med när studien startade.

Vi har arbetat efter PGSA-strategin

Planera: Köpa in COPD6-mätare och använda dessa i verksamheten för att identifiera nya KOL-pat.

Göra: Inköpt två COPD6-mätare som finns i gemensamma rum med tillgång för samtliga läkare.

Studera: Resultaten har inte varit tillfredsställande. Relativt få undersökningar har genomförts (ca 40) och framförallt har väldigt få av dessa utfallit positivt med efterföljande spirometri och diagnos. Vi har inte kunnat finna dessa resultat i Medrave då läkarna har dokumenterat sina undersökningar på olika sätt. Underlaget för bedömningen har skett genom att muntligt efterfråga hos respektive läkare hur många undersökningar de genomfört och resultat. Således är ovan redovisade siffror angående antalet undersökningar och antalet nyidentifierade KOL-patienter via COPD6 behäftade med osäkerhet.

Agera: Vi misstänker att tillgängligheten och kunskapen kring användandet av COPD6-mätarna har varit begränsningen för fler undersökningar. Även tidsåtgången att under läkarbesök där KOL-misstanke uppstår hämta COPD6-mätare och genomföra undersökning tror vi har begränsat användningen kraftigt. Vi måste minska trösklarna för att använda COPD6-mätarna.

Ny plan:

Införa ny rutin kring patienter som söker för hosta och har rökninganamnes. Se bifogat flödesdiagram i bilaga 1. Förslaget är att COPD-6 mätningen genomförs av en undersköterska i anslutning till läkarbesöket.

Genomföra ny internutbildning av COPD6-mätarna i läkargruppen.

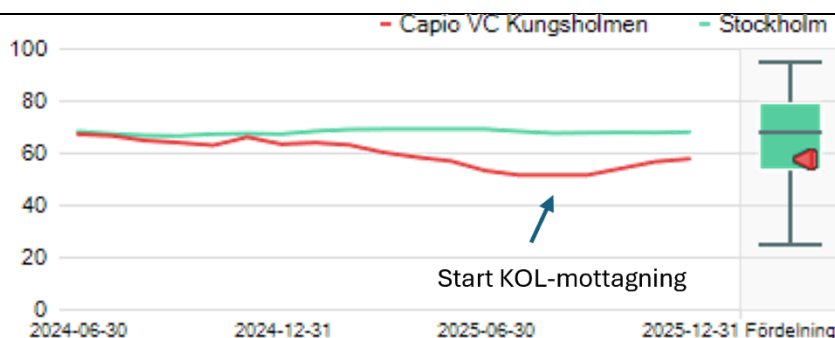
Diskussion kring indikation för COPD6-mätning (enligt socialstyrelsen 10-paketår).

Gemensamt bestämma hur undersökningen dokumenteras i TC, vilket ger möjligheter att följa upp resultaten på ett bättre sätt.

Indikator 2: Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI

Här har vi en försämring jämfört med för ett år sedan. Dock är det här tydligt att försämringen skett under våren och en klar uppgång noteras sedan KOL-sjuksköterska har inlett sitt arbete. Se figur 1 nedan.

Då en del av de besök som egentligen skulle genomförts hos KOL-sköterska istället har varit läkarbesök reflekterar nedgången i andelen uppmätta vikt/BMI läkarnas arbetssätt jämfört med KOL-sköterskornas fokusområden. Vår bedömning är att i takt med att bemanningen på KOL-sköterskemottagningen blir stabil kommer denna parameter att fortsätta stiga och nå vårt tidigare mål på 80%.



Figur 1: Andel patienter med uppmätt vikt/BMI

Indikator 3: Andel patienter med KOL och underhållsbehandling som genomgått 6-minuters gångtest, på vårdcentral

Detta har inte varit en prioriterad åtgärd under året med tanke på de begränsade personalresurserna.

Indikator 4: Andel patienter med diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) som genomgått patientutbildning

Vi ser en tydlig ökning under året som gått. Vi har fokuserat på information till patienter och även i vår enkät haft fokus mot patienternas kunskap om sin sjukdom.

Här finns dock ytterligare att göra dels med att se till att genomföra fler patientutbildningar, dokumentera det när det genomförs men också att till viss del individualisera utbildningen för att uppnå maximal effekt. Vi tror att om patienten tex har god kunskap om vad de ska göra vid en försämring minskar också belastningen på VC då patienten själv kan hantera den uppkomna försämringen.

Indikator 5: Andel patienter med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri

Indikatorn har här försämrats under året. Detta har vi identifierat vara ett registreringsproblem i journalerna. Vi har gått igenom ett stort antal av de patienter som inte har någon spirometri registrerad men har en ny KOL-diagnos. Dessa har genomgått spirometri hos annan vårdgivare och har därför inte fått någon åtgärdskod hos oss. Det är endast enstaka patienter som pga hög ålder, komorbiditeter ej genomfört en spirometri. Det innebär att den faktiska siffran för den här indikatorn är betydligt högre än registrerat i Medrave.

Pga. avsaknad av personalresurser för genomförande av spirometri har vi under året bestämt att diagnostiska spirometrier remitteras ut medan uppföljande spirometrier hos patienter med kända diagnoser görs internt på VC. Det leder följaktligen till en systematisk underrapportering av genomförda spirometrier.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det är svårt att hitta och identifiera personer med tidiga lindriga symtom på KOL. Dessa patienter söker ofta inte vård för sina symtom. Vi har genomfört COPD6-undersökningar på ca 40 patienter men det har inte lett till några nydiagnostiserade KOL-patienter. Vi tror ändå att det är en bra strategi att använda oss av COPD6 mätningar. Volymerna av undersökningar behöver öka. Vi behöver underlätta användandet av COPD6-mätarna och möjliggöra för fler yrkeskategorier att utföra mätningarna.

Vid genomförandet av insatser som patientutbildning är det viktigt att inte bara genomföra utbildningen utan även att följa upp vad patienterna faktiskt tagit med sig för kunskap. Det är kunskapen som patienten tar med sig hem som är avgörande och inte själva genomförandet av utbildningsinsatser.

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 involverats genom vår muntliga enkätundersökning som redovisats högre upp i dokumentet. Den har genomförts via telefon samt även några patienter som kommit till KOL-mottagningen.
Svaren från enkäterna ligger till grund för fortsatt planering kring optimering av patientutbildning. Se nedan.

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.

Framförallt ser vi det som viktigt att lyckas identifiera odiagnostiserade KOL-patienter för att kunna behandla tidigt och minimera försämring. Vi tror fortfarande att vi har en relativt kraftig underdiagnostik även om det socioekonomiskt är troligt att vi har en betydligt lägre andel KOL i vårt patientunderlag än riksgenomsnittet.
Trots de hittills dåliga utfallet vid användandet av COPD6-mätarna tror vi fortsatt att COPD6 mätare är ett bra redskap att använda. Vi planerar att inkludera undersköterskor i användandet för att lättare få till fler undersökningar och därmed möjlighet till fler diagnostiserade. Det kräver en relativt liten utbildningsinsats som vi tror är väl investerad. Vi har därför utarbetat ett flödesschema för hur detta skulle kunna gå till som bifogas i bilaga 1.
Vi tänker också att vi vill införa någon form av kontroll av kunskapsnivån hos patienterna inför kommande patientutbildningar. Vi tror inte det behöver göras mer komplicerat än att det läggs till rutinen för KOL-sjuksköterskans uppföljningsbesök att inleda besöket med frågor kring kunskaperna. Därefter anpassas utbildningsinsatserna efter patientens svar. Med detta arbetssätt kan man arbeta mer tidseffektivt och patientcentrerat.
Vi tror också att vi faktiskt är lite bättre på vår KOL-mottagning än vad våra siffror indikerar. Under arbetets gång har vi gått igenom journaler för patienter som inte uppfyller kraven för att få positivt utfall för våra respektive indikatorer och konstaterar att det i många fall handlar om att patienterna har genomgått utbildning eller undersökningar men vår dokumentation fångar inte detta i Medrave. Det ger oss ju ett uppenbart förbättringsområde i dokumentationen. Dokumentationsförbättringar har legat lågt på vår prioriteringslista under arbetet eftersom vi bedömt att det inte är det som i första hand förbättrar patienternas vård. Vi har diskuterat detta på läkarmöten i takt med att vår insikt om bristande dokumentation vuxit fram. Här tror vi alltså att siffrorna ganska snart kan komma att förbättras.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 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 förbättringsarbeten.apc.sls@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.