

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: COPD6 för KOL screening

| Information om husläkarmottagningen | |
|---|---|
| Mottagningens namn Capio VC Slussen | Namn på er Informationsapotekare Teresa Alton Borgelin |
| Verksamhetschef Josefin Rödström | Verksamhetschefens e-post Josefin.rodstrom@capio.se |
| Kontaktperson för förbättringsarbetet Maria Papachristou | Kontaktpersonens e-post Maria.papachristou@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 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.

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: |
|---|
| Maria Papachristou, läkare Specialist i allmänmedicin Tegist Tadios, Astma/KOL sjuksköterska |
| Att involvera flera |
| <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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:

1. Tegist Tadios: Astma/KOL sjuksköterska
2. Maria Papachristou: Specialist i allmänmedicin
3. Josefin Rödström: DSK/Verksamhetschef
4. Victoria Andersson: undersköterska

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

B:

För att bättre engagera våra patienter kommer vi att genomföra två åtgärder:

1. **Informationsblad till patienter:** Ett frågeformulär/ informationsblad placeras i receptionen och i väntrummen. I formuläret finns information om pågående arbete med screening för KOL. Patienter som har tidigare rökt eller röker fortfarande erbjuds att delta i screening för KOL.
2. **Information till medarbetare:** Alla medarbetare (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor) informeras om pågående studie och uppmanas att erbjuda alla patienter som röker eller har tidigare rökt att delta i screening för KOL med COPD 6. Fortlöpande påminnelse om att kvalitetsarbete pågår under läkar- respektive sjuksköterskemöte.

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.

De flesta vårdcentraler har en låg registreringsgrad gällande KOL i dagsläget (riktvärde 6-7 % är rimligt). Att tidigt diagnostisera är viktigt för att öka patienternas livskvalité och arbeta preventivt i sjukdomsförloppet. Vi har idag 88 patienter med diagnostiserad KOL på vårdcentralen vilket motsvarar 1,1 % av alla våra listade patienter. Vi borde kunna hitta flera patienter med KOL diagnos och erbjuda rätt behandling.

I nuläget använder vi inte COPD 6 som KOL screenings metod. I stället gör vi spirometri vid symptom och anamnes som inger misstanke om KOL.

Men väntetider till spirometriundersökning har blivit längre, dessutom är undersökningen tidskrävande (minst 45 minuter) och utförs endast av astma/ KOL sjuksköterska.

COPD 6 screening kan däremot utföras av flera personal, väntetiden är låg och tidsåtgången endast maximalt 10 minuter.

Att screena patienter som eventuellt kan ha KOL med en enkel metod som inte är tidskrävande, kan genomföras av fler personal och utan långa väntetider, kommer att hjälpa oss kunna screena en större andel patienter och kunna identifiera fler KOL patienter som därefter kan erbjudas behandling och uppföljning.

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet?

Screening med COPD 6 för att upptäcka KOL.

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/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Målet är

1-Att lära ut samtliga i personalen att kunna använda COPD 6 mätare.

2-Screena fler patienter.

3-Att diagnostisera fler KOL patienter.

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/>
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

1: Brist på färdighet, hur man använder COPD6

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/>

1.1: Lära ut läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på VC om hur man använder COPD6 och hur det tolkas.
1.2: Köpa in 2 mätare till

| | |
|--|--|
| 2: Brist på tid | 2.1: Sätta av tid för att gå igenom screenings tekniken 2.2 Sätta av tid (ssk Tegist och läk Maria) för förbättringsarbetet. 2.3: Vi bör stödja ST-läkare att lära sig använda denna teknik så att de också kan delta i screeningarna. |
| 3: Vi har spirometri men det går inte använda den som screenings metod | 3.1: Implementera COPD 6 som screeningmetod för rökare. |

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 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 "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.**

| | Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka | Nuläge = Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Källa (t.ex. Medrave) | Datum för att uppnå målvärdet |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------------|
| Indikator 1 | <i>Antal patienter med KOL</i> | 78 st | 31/1-2025 | 110 st | Medrave | <i>Dec 2025</i> |
| Indikator 2 | <i>Antal COPD 6 mätningar, senaste 12 månader</i> | 0 | 31/1-2024-31/1-2025 | 70 mätningar | Astma/kol ssk samlar in antal mätningar via take care | <i>Dec 2025</i> |
| Indikator 3 | Antal dynamiska spirometrier utfärdade på egen mottagning, KVÅ UG002, senaste 12 mån | 222 | 31/1-2024-31/1-2025 | 250 | Medrave | <i>Dec 2025</i> |

| | | | | | | |
|--------------------|--|---|-----------|----|------------------|----------|
| Indikator 4 | <i>Antal kollegor som kan utföra COPD 6 på vårdcentralen</i> | 2 | 31/1-2025 | 15 | Fråga kollegorna | Dec 2025 |
|--------------------|--|---|-----------|----|------------------|----------|

Kommentar (valfritt):

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 fikorummets, 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.

Planera:

Specialist i allmänmedicin och astma/ kol ssk ska skriva rutin/riktlinje för förbättringsarbetet.

Utbildning:

Sätter av utbildningstillfällen i mars och maj på APT, 15 min per tillfälle. Individuell instruktion vid behov.

Vi bokar regelbundna möten (var 3e månad) med hela gruppen som driver förbättringsarbetet (USK + ssk + läkare).

Göra:

-Vi skapar frågeformulär angående deltagande i studien. Vi lägger ut formuläret på väntrummen och vid receptionen.

-Vi använder Medrave för att ta ut data kring antal KOL patienter och antal gjorda spirometri.

-Vi engagerar undersköterskor som utför COPD6 testet. Efter att testet är utfört, dokumenteras det i TC och astma/KOL sjuksköterskan sätts som vidimeringsansvarig. Astma/ KOL sjuksköterskan ansvarar för att informera patienter om resultat av screening och planera ev vidare spirometriundersökning.

-Vi skapar patientlista i Take Care där alla patienter som deltar i studien läggs till. Detta för att kunna ha bättre översikt över patienterna.

Studera:

Vi har lyckats hitta en bra rutin för att implementera COPD 6 screening på vårdcentralen. Screeningen med COPD 6 har dock resulterat till ökad arbetsbelastning för astma/ KOL sjuksköterska.

1- Efter att screeningen varit klar, har ssk informerat patienter digitalt om resultatet.
2- Vid avvikande resultat som kan ha berott om bristande teknik och om resultatet blivit $<0,73$ då har astma/ KOL sjuksköterskan kallat patienten för kompletterande test eller spirometriundersökning.

Agera

Vi fortsätter jobba på att hitta/ skapa bra plan och rutin för att implementera COPD 6 screenings på vårdcentralen

Vi bestämde att börja med vårt arbete så fort vi var klara med planen

Vi behövde eliminera vår plan att lära ut samtliga kollegor. Detta p.g.a bland annat tidsbrist samt personalomsättning.

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

Implementering av COPD 6 på vårdcentralen.

- Frågeformulär/ erbjudande om deltagande i kvalitetsarbete av screening för KOL läggs ut i väntrummen och i receptionen.

- Samtliga medarbetare engageras i att erbjuda patienter som röker eller har tidigare rökt att delta i screening för KOL.

-Patienten fyller i frågeformuläret som lämnas i reception. Receptionisten lägger formuläret i astma/KOL ssk fack.

-Astma/KOL ssk kallar patient via digitalt meddelande primärt, alt via telefon eller brev. Besök bokas till USK mottagning eller till astma/KOL sjuksköterska.

-USK skriver COPD 6 resultat i Take Care och sätter upp astma/ KOL ssk som vidimerings ansvarig.

-Astma KOL sjuksköterskan planerar åtgärd utifrån COPD 6 resultatet. Vid COPD 6 $> 0,73$ tas ingen åtgärd, vid COPD 6 $< 0,73$ planeras spirometri undersökning.

-Astma/KOL ssk har gått igenom instruktioner kring utförande av COPD 6 test med undersköterskor.

-Vi har använt Medrave för att ta ut data och egen skapad patientlista i Take Care för att strukturerat samla in alla deltagare.

Medrave:

Använt Medrave för att ta ut data om antal KOL patienten och antal gjorda spirometrier.

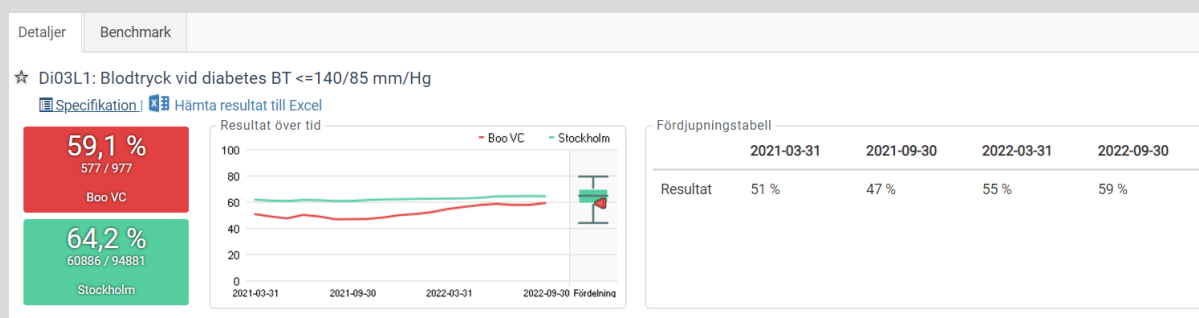
Patientlista:

Vi har skapat patientlista i Take Care för att ha överblick över de patienter som deltar i studien.

OBS! Vad god se flödesschemat för COPD 6 på slutet av sidan.

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 T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol | Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Resultat (% eller antal) | Källa (t.ex. Med-rave) | Datum/period för resultatvärdet |
|--------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|
| Indikator 1 | Antal patienter med KOL | 78 | 2025-01-31 | 110 | 92 | Medrave | Dec 2025 |
| Indikator 2 | Antal COPD 6 Mättningar, senaste 12 månader | 0 | 2025-01-31 | 70 | 54 | Patient lista i Take Care | Dec 2025 |
| Indikator 3 | Antal dynamiska spirometrier | 222 | 2025-01-31 | 250 | 272 | Medrave | Dec 2025 |

| | | | | | | | |
|--------------------|--|---|------------|----|---|--|----------|
| | utfärdade på egen mottagning, KVÅ UG002, senaste 12 mån | | | | | | |
| Indikator 4 | <i>Antal kollegor som kan utföra COPD 6 på vårdcentralen</i> | 2 | 2025-01-31 | 15 | 5 | | Dec 2025 |

Övriga kommentarer:

Vi lyckades samla 56 deltagare

1 patient uteblev

1 patient diskvalificerades p.g.a att hen inte varit rökare

54 patienter gjorde COPD 6 test

4 Patienter gjorde spirometri

2 patienter fick KOL diagnos

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

-Vi upptäckte inte så många KOL patienter som vi trodde från början: Vi borde eventuellt ha prioriterat de äldre patienterna i första hand (50 års åldersgräns?) samt patienter som hade rökt över 10 paket/år.

-Vi lyckades inte involvera hemsjukvårdspatienter. Vi tror att det finns en del odiagnostiserade KOL patienter bland hemsjukvårdspatienter som är listade på Vårdcentralen.

-Vi kunde konstatera att antalet patienter med KOL diagnos samt antalet utförda spirometrier har ökat betydligt under senaste året. Denna ökning kan dock inte enbart förklaras av att kvalitetsarbetet genomförts.

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?

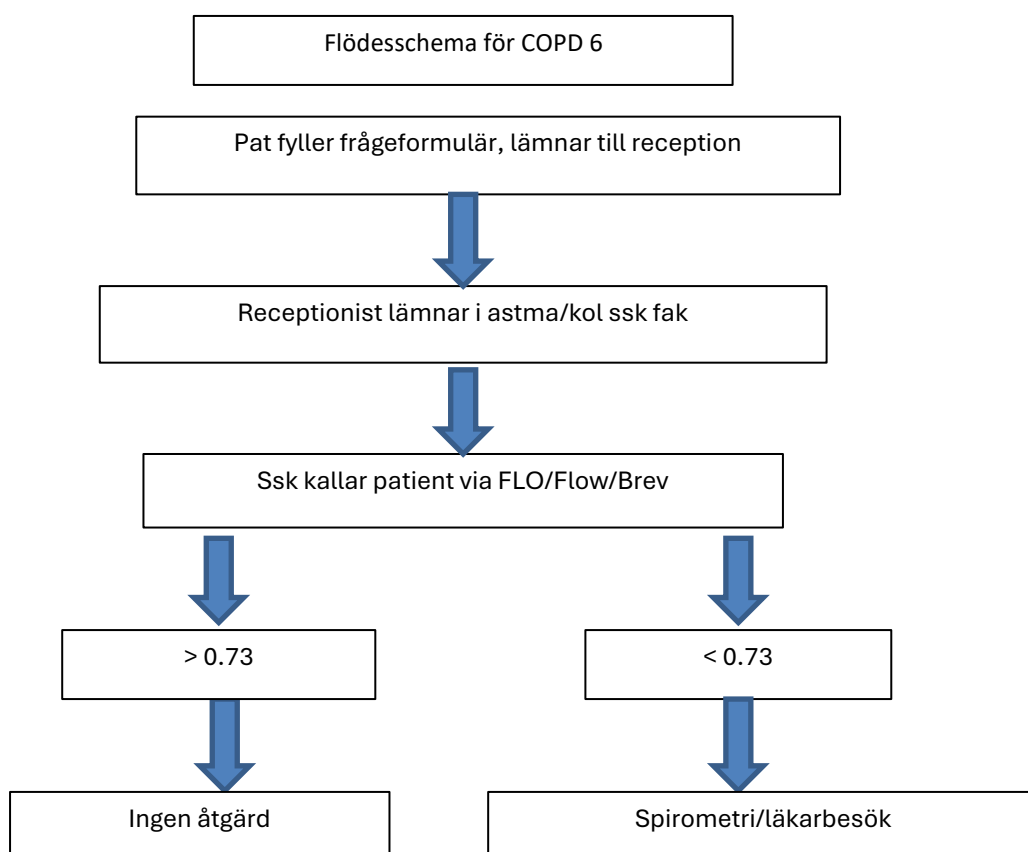
-I samband med COPD 6 test, har patienter som fortfarande rökt, fått erbjudande för rökstopps stöd.

-Patienten har varit delaktiga genom att anmäla sig frivilligt i studien.

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.

Nu när vi har lyckats skapa en fungerande COPD 6 screeningsrutin, tänker vi fortsätta screena patienter som har rökt eller röker med COPD 6. Svaret kan framöver delges direkt den remitterande läkare. Efter läkarens bedömning kan astma/KOL sjuksköterska utföra spirometri och/ eller ge rökavvänjnings stöd vid behov.

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 forbattningsarbeten.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.



Alla rökare erbjuds rökavvänjnings stöd