

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Husby-Akalla vårdcentral* *KOL och spirometri del 1 - 2025*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn Husby-Akalla vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Christine Fransson
Verksamhetschef Peter Bitar	Verksamhetschefens e-post Peter.bitar@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Sara Abdulkadir Sheich Yusuf	Kontaktpersonens e-post Sara.abdulkadir-sheich-yusuf@regionstockholm.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 **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 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:

Sara Abdulkadir Sheich Yusuf, ST-läkare

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

Peter Bitar, Distriktsköterska
Samatar Abdillahi, Distriktläkare
Iris Bellander, Sjuksköterska

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

Vi får vara proaktiva på vårdcentralen och ställa frågor kring patientens sjukdom och synpunkter kring arbetet, på så sätt kan vi få en bättre vägledning om hur vi bäst kan stödja våra KOL patienter. Detta bidrar till en mer effektiv och målmedveten vård.

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.

Vi vill införa en standardiserad process där 100 % av av misstänkta KOL-patienter genomgår en spirometriundersökning. Detta för att möjliggöra en tidig och korrekt diagnos, vilket i sin tur förbättrar behandlingsplanerna, minskar risken för försämring och höjer patienternas livskvalitet.

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.

Vi har valt tema KOL och spirometri. Med hjälp av medrave har vi noterat att vi ligger sämre till när det gäller andel patienter med KOL som genomgår spirometriundersökning jämfört med andra vårdcentraler i Stockholm. Vi kan också förbättra rökarnamnes.

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:

Robust utredningsgång som följer aktuell praxis och riktlinjer hos alla patienter med misstänkt- eller konstaterad KOL för att på så vis öka kvaliteten i vårt arbete som gagnar patienterna med tidig behandling och undvika exacerbationer, inläggningar mm.

Idag ser vi att endast 26.3% av våra nydiagnostiserade KOL patienter har genomgått en spirometriundersökning. Vi har noterat att endast 7,7% av rökare med KOL har genomgått spirometri. Detta är ej i linje med region Stockholms riktlinjer och målsättning, därav vill vi höja den siffran till 100% i den bästa världen. För arbetet höja till minst 50%

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: Ej systematisk användning av CAT

1.1: Införa CAT som en del av årskontroll
1.2: Ha material på alla rum
1.3:

2: Fortbildning i diagnostik och behandling av KOL.

2.1: Föreläsning från specialister på lungsjukdom
2.2:
2.3:

3: Fångar ej upp med rökanamnes

3.1: Komma ihåg rökanamnes och erbjuda behandling samt utredning avseende lungfunktion
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 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	Nuläge = Startläge	Datum/period för	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå
T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol.	(% eller antal)				

	Antal snabbspirometri per vecka		start-läge			mål-värdet
Indikator 1	<i>KOL16N Andel patienter med nydiagnostiserad kol som genomfört spirometri</i>	26.3	250101	>50%	Medr ave	Dec 2026
Indikator 2	<i>KOL16R : Andel rökare med KOL som genomfört spirometri</i>	7.7%	250101	>50%	Medr ave	Jan 2026
Indikator 3	KOL17: Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk	73.9%	250101	5%	Medr ave	Jan 2026

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?

Informationsmöte till samtliga i personalen om vikten att fånga upp dessa patienter som kommer till vårdcentralen, om det gäller telefon, usk/ssk/dsk/läk besök. Vi kommer att ha en ssk i mottagningen som går igenom våra KOL listor och kalla de samt ge möjlighet till behandling. Vi har ingen astma/KOL ssk men vi försöker återstarta detta.

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

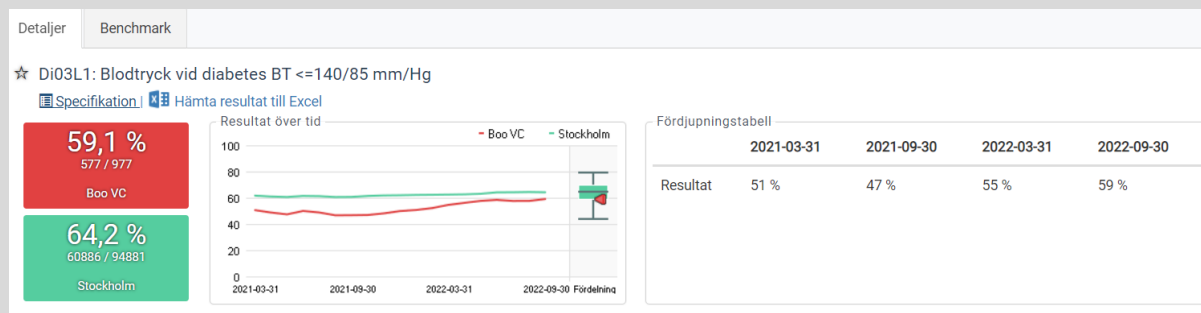
Vi har infört en egen spirometrimottagning med astma/KOL-sjuksköterska efter att tidigare ha remitterat spirometrier till externa lab. Detta har möjliggjort att spirometrier utförs och följs upp lokalt samt att åtgärdskod för spirometri registreras konsekvent.

En strukturerad KOL-väntelista har skapats där samtliga kända KOL-patienter samlas för planerad uppföljning. Under läkarmöte har vikten av att alltid registrera rökstatus tydliggjorts.

Vi har även identifierat att åtgärdskod för spirometri ska registreras även när undersökningen utförs via externt laboratorium. Arbetssätten har införts genom gemensam genomgång på läkarmöte och används nu som standard

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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	<i>KOL16N Andel patienter med nydiagnostiserad kol som genomfört spirometri</i>	26.3	250101	>50%	52%	Medrave	Jan 2026
Indikator 2	<i>KOL16R : Andel rökare med KOL som genomfört spirometri</i>	7.7%	250101	>50%	17,2%	Medrave	Jan 2026
Indikator 3	<i>KOL17: Andel patienter med diagnos KOL som</i>	73.9%	250101	>5%	78,7%	Medrave	Jan 2026

	har dokumentation om tobaksbruk					
<p>Övriga kommentarer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20260123 KOL16N = 52%(13/25) - 20260123 KOL16R = 17.2%(5/29) - 20260123 KOL17 = 78.7(96/122) <p><i>Således ses det väsentliga statistiska förbättringar i vårt kliniska förbättringsarbete. Det har lett till ett flöde i vår vardag som dels är patientsäkert men också skapar en bättre arbetsmiljö.</i></p>						
Slutreflektion						
Vad har ni lärt er?						
<p>Jag har lärt mig att meningsfullt förbättringsarbete kräver ett professionellt team där läkare, sjuksköterskor och ledning arbetar mot gemensamma mål. Arbetet har också visat att kvalitetsdata behöver tolkas kritiskt; siffror speglar inte alltid verkligheten utan påverkas av exempelvis listning, dokumentation och arbetssätt.</p>						
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?						
<p>Vi har tagit tillvara patienternas erfarenheter genom samtal i samband med besök och uppföljningar, där de fått beskriva sina besvär, behov och hinder i kontakten med vården. Synpunkter kring tillgänglighet, väntetider och förståelse för sin sjukdom har påverkat hur vi organiserat spirometrimottagningen och uppföljningen av KOL-patienter. Genom strukturerade besök hos astma/KOL-sjuksköterska har patienterna blivit mer delaktiga i sin vård, fått ökad kunskap om sin sjukdom och möjlighet att ställa frågor och vara med i planeringen av sin behandling.</p>						
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.						
<p>Framåt är planen att fortsätta med spirometrimottagningen och det gemensamma arbetssättet kring astma och KOL. KOL-väntelistan ska användas aktivt för planerade uppföljningar, och vi kommer att fortsätta vara noggranna med dokumentation av rökstatus och åtgärds-koder. Arbetssätten kommer att följas upp i det dagliga kliniska arbetet och vid behov justeras utifrån verksamhetens och patienternas behov.</p> <p>Sammanfattningvis har vi sedan starten av detta förbättringsarbete etablerat en spirometrimottagning. Verksamheten har gått från att helt sakna spirometrimottagning och spirometrisjuksköterskor till att idag ha 2 stycken utbildade spirometrisjuksköterskor.</p>						
<p>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 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.</p>						