

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kista vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Christine Fransson
Verksamhetschef Marie Leifsdotter// Åsa Thurfjell	Verksamhetschefens e-post asa.thurfjellegionstockholm.se (marie.leifsdotter@regionstockholm.se)
Kontaktperson för förbättringsarbetet Tamador Abu El Hassan	Kontaktpersonens e-post tamador.abu-el-hassan@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 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: Tamador Abu El Hassan
Profession: Läkare, specialist i 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: Tamador Abu El Hassan, Specialist i allmänmedicin, Meron Taffase ST Läkare, Maria Scherp sjuksköterska, Gönul Sen sjuksköterska, Amanda Tanasic undersköterska

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

B: Vid besök på Astma/KOL-mottagningen bör man aktivt ställa frågan hur upplever du stödet som du får från vårdcentralen avseende information, råd och behandling.

### **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 årets kvalitetsarbete vill vi fokusera på KOL patienter då det är känt att underdiagnostiken är stor, även vid svår KOL, och leder till underskattningar av kostnader, komorbiditet och mortalitet. Antal patienter med diagnostiserad KOL på Kista vårdcentral just nu är 158 som betyder att 1,3 % av de listade patienterna var diagnostiserade med KOL. Den uppskattade förekomsten av KOL i den vuxna befolkningen är mellan 4 och 8 %. Det innebär att det fortfarande finns en stor andel patienter med KOL som ännu inte har identifierats och diagnostiserats i vår patientpopulation på vårdcentralen. Det finns förbättringspotential både vad det gäller diagnostik och vad vi kan göra för de patienter som redan diagnostiserats med KOL.

Symtomen på KOL i tidigt stadium är vaga och därför är spirometri en förutsättning för tidig och rätt diagnos. Innan pandemin hade Kista vårdcentral en väl fungerande mottagning för astma och KOL som var stängd i cirka 3 år. Detta ledde till en minskning av kvaliteten på uppföljningen av dessa patienter.

**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

### 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 är medvetna om att det förekommer en underdiagnostik av KOL inom vår patientpopulation, vilket innebär att många patienter med KOL är omedvetna om sin sjukdom och saknar adekvat behandling. Därför avser vi att använda COPD6 för screening, följt av spirometri för att ställa diagnos när det är lämpligt.

Vidare strävar vi efter att förbättra och optimera behandlingen för de KOL-patienter vi har, eftersom vi vet att vissa av dem skulle kunna dra nytta av att byta till trippelbehandling om de uppfyller vissa kriterier, såsom Betydande symtom det vill säga CAT  $\geq$  10, mMRC  $\geq$  2 eller har haft  $\geq$  2 exacerbationer eller  $\geq$  1 sjukhusinläggning.

#### 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/>

1. KOL-patienter har ofta samtidig förekomst av andra sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdomar, diabetes eller hypertoni. Därför läggs en betydande del av tiden under årskontrollen på dessa andra tillstånd.

2: Vi har inte haft en screeningmetod på plats.

3: Har inte haft en KOL mottagning under flera år.

#### 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: Årlig kontroll för KOL där även rökning och rökavvänjning tas upp.  
1.2: Årlig uppföljning hos KOL-sjuksköterska med spirometri och kompletterande CAT-enkät.  
1.3: Samarbete med rehabilitering gällande gemensamma patienter.

2.1: Användning av COPD6-mätare för screeningändamål.  
2.2: Information vid receptionen till patienter om att screening är tillgänglig för alla rökare över 45 år.  
2.3: Meddelande till samtliga läkare och sjuksköterskor på vårdcentralen att informera rökande patienter om möjligheten till screening.

3.1: Vi har inlett mottagningen och kommer nu att ägna mer tid och uppmärksamhet åt att genomföra kontroller och spirometri.  
3.2: Kalla in samtliga KOL-patienter för utvärdering och optimering av medicinering.  
3.3: Involvera flera yrkeskategorier i arbetet, inklusive rehabilitering.

**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.**

	<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. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Identifiera fler med diagnosen KOL	1,3%	Mars 2025	1,5%	Medrave	Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	Antal rökare över 45 som erbjuds screening med COPD6	0	Mars 2025	Erbjuda alla	Medrave	Dec 2025
<b>Indikator 3</b>	Antal rökare över 45 år som screenas för KOL med COPD-6	0	Mars 2025	20	Medrave	Dec 2025
<b>Indikator 4</b>	Andel dokumenterad CAT	21%	Mars 2025	35%	Medrave	Dec 2025
<b>Indikator 5</b>	Andel patienter med KOL som har dokumentation om tobaksbruk	77%	Dec 2024	100%	Medrave / primärvårdsKvalitet	Dec 2025
<b>Indikator 6</b>	Andel Rökare som erbjudits rökavvänjning	31%	Mars 2025	50%	Medrave	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 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?

1. *Gå igenom väntelistor för spirometri och årliga kontroller av KOL och kallar in alla patienter som inte har besökt mottagningen under det senaste året.*
2. *SSK Maria har ansvar för att kalla in patienter, utföra spirometri, CAT och inhalationstekniker, samt tillhandahålla grundläggande patientinformation och utbildning.*
3. *Läkare Tamador ska avsätta vissa dagar enbart för KOL-patienter, där fokus ligger på optimering av läkemedel och repetition av patientutbildning.*
4. *Att erhålla en utbildad tobaksavvänjare på vårdcentralen.*
5. *Patienter som fortfarande röker bör remitteras till livsstilmottagningen för att få stöd med rökavvänjning, eller alternativt hänvisas till Sluta Röka-linjen eller få hjälp av psykolog.*
6. *Alla KOL-patienter ska erbjudas deltagande i KOL-skolan, som hålls i samarbete mellan Kista vårdcentral och Kista rehab, cirka två gånger per år.*
6. *ST-läkare Meron ska skriva ett PM och ansvara för screeningdelen med COPD6.*
7. *Löpande information och uppdateringar ska ges till samtliga läkare och sjuksköterskor vid läkarmöten och APT.*

**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**

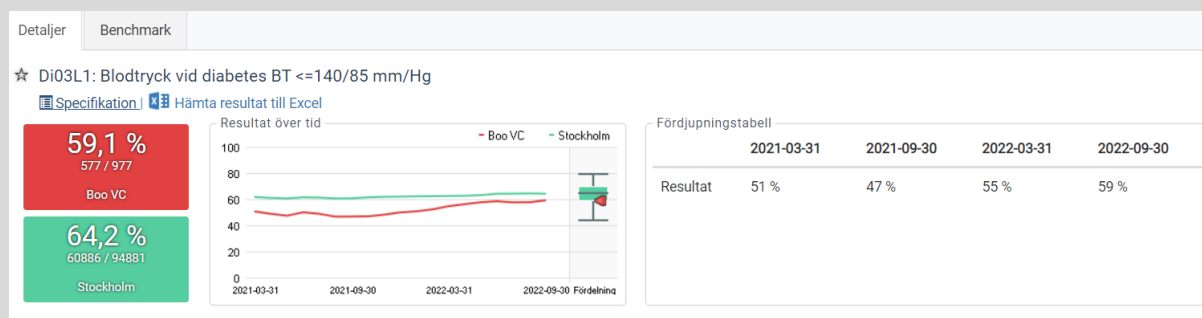
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har skrivit och börjat arbeta med en rutin med screening av rökande patienter med COPD-6 för att upptäcka fler patienter med KOL. (Se bifogad fil på rutin).

Vi har infört en rutin där vi fyller i CAT vid årskontroll och återbesök hos astma/KOL sjuksköterska.

## 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 (% eller antal)</b>	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum / period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Identifiera fler med diagnosen KOL	1,3%	Mars 2025	1,5%	1,2% (168/13753)	Medrave	Januari 2026
<b>Indikator 2</b>	Antal rökare över 45 som erbjuds screening med COPD6	0	Mars 2025	Erbjuda alla	Alla har erbjudits	Medrave	Januari 2026
<b>Indikator 3</b>	Antal rökare över 45 år som screenas för KOL med COPD-6	0	Mars 2025	Erbjuda alla	Se kommentar 1.	Journal ant.	Januari 2026
<b>Indikator 4</b>	Andel dokumenterad CAT	21%	Mars 2025	35%	48%	Medrave	Januari 2026
<b>Indikator 5</b>	Andel patienter med KOL som har dokumentation om tobaksbruk	77%	Mars 2025	100%	82 % Se kommentar 2.	Medrave	Januari 2026
<b>Indikator 6</b>	Andel Rökare som erbjudits rökavvänjning	31%	Mars 2025	50%	53%	Medrave	Januari 2026

### Övriga kommentarer:

- 1. Alla rökare över 50 år blir erbjudna screening med COPD-6 via TV i väntrummet, sjuksköterskebesök eller läkarbesök.
- 2. Rökning har inte alltid dokumenterats under rätt rubrik i journalen. Ibland sker det i löpande text.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det är en utmaning att införa en ny rutin som COPD-6. Det är viktigt att sprida information till alla medarbetare eftersom inte alla alltid är närvarande, på grund av randning, sjukfrånvaro och andra uppdrag.

Det är avgörande att dokumentera under rätt sökord för att kunna få fram korrekt statistik i Medrave.

Detta förbättringsarbete har belyst svårigheterna med att diagnostisera och följa upp patienter med KOL, exempelvis är patienterna ofta multisjuka och andra diagnoser prioriteras först på grund av mer akuta behov. Patienter med KOL söker sällan hjälp för sina besvär, förutom vid akuta KOL-exacerbationer. Dessutom har personalens tid för att specifikt ta hand om KOL-patienter också prioriterats till andra mer akuta uppgifter. Det finns även flera patienter som väntar på diagnostisk spirometri när det inte finns tid för astma/KOL-sjuksköterska. Det har diskuterats att skicka remisser externt igen.

Det positiva är att vi har blivit bättre på att genomföra CAT vid patientbesök och erbjuda tobaksavvänjning.

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 KOL-skola får vi information och återkoppling från patienterna hur de upplever mottagningen och deras egen inverkan på deras vård. Vid besök hos astma/KOL mottagning vid spirometri, inhalation utbildning eller vid uppföljning av KOL-exacerbation hos sjuksköterskan har patienten tid att prata om hur de upplever sin behandling och om det har funderingar om sin medicinering.

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.

Sjuksköterska är under utbildning för att bli astma/KOL/allergi-sjuksköterska. Det planeras även för mer tid för astma/KOL-mottagning.

COPD-6 screening är i gång och ska följas upp och påminnas om regelbundet för att screena fler patienter. Fortsätta erbjuda tid för KOL-skola för patienter och samarbete med Kista Rehab Västra.

**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.

Bilagor:

## RUTINER FÖR ANVÄNDNING COPD-6, KISTA VC

### OM COPD-6 MÄTAREN

- ”Minispirometer”; FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub>-mätning (Forcerad Exspiratorisk Volym under 1 sekund respektive 6 sekunder)
- COPD-6 är ett verktyg som skall användas för vägledning i utredning av misstänkt KOL. Detta är en screeningmetod som hjälper oss ta ställning till vidare utredning. Således Ej applicerbart för diagnossättning.
- Mätaren håller i 2 år och behöver därefter kalibreras.
- Lämpar sig ej för reversibilitetstest.

### NÄR/HUR INITIERAR VI UNDERÖSKNING

- COPD-6 mätaren är belägen i ”behandlingsrummet” hos undersköterskan. Hinner man ej utföra undersökning under besök kan man boka en administrativ tid i resurs-undersköterskans tidbok mån-fre 14:00-16:00. Obs, max 2 patienter/dag.
- Finns även information i väntrummet som uppmuntrar patienter med tid/pågående rökning att vända sig till receptionen för bokning enligt ovan.
- Resultat från undersökningen registreras sedan under ”mätvärden COPD-6” och man väljer aktuell läkare som ansvarig för vidimering. (Obs, om ingen aktuell läkare redan är inkopplad går man vidare med att boka ett läkarbesök vid avvikande värde).

### VID ANVÄNDNING

- Använd visir/förkläde, munskydd och handskar. Engångsfiltermunstycke används(!)
- Ställ in ålder, längd och kön
- **1.** Patienten sitter rakryggad med fötterna i golvet, lätt lyft haka. Tömmer lungorna på all luft (full utandning). **2.** Pat fyller lungorna fullt med luft (full inandning). **3.** Sedan placerar pat munstycket innanför tänderna och sluter tätt, (håll ej för öppningen bakom turbinen!). Pat blåser forcerat ut i munstycket så hårt samt länge det går t.o.m. mätaren avger en ljudsignal.

Detta görs om 3 gånger. Obs, apparaten väljer det bästa resultatet. Använd mittenpilen för att se resultat. Ett icke godkänt blås får ett utropstecken efter siffrorna i högra kanten.

Först anges **FEV<sub>1</sub>**, (sedan fiktiv ålder), därefter kommer det mest relevanta värdet **FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub>**, (sedan lungvolymen).

- Registrera resultat/insamlad data (**FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub> och FEV<sub>1</sub> % av förväntat värde**) under ”mätvärden-COPD 6” i Take Care.
- Kassera munstycket och torka rent apparaten med ytdesinfektion.
- Länk till introduktionsfilm: <https://www.youtube.com/watch?v=roUdn-vwaD4>

