

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: KOL - Kry Vårdcentral Sickla

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry VC Sickla	Namn på er Informationsapotekare Anna Zucco
Verksamhetschef Mark Glanville	Verksamhetschefens e-post mark.glanville@kry.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Mark Glanville	Kontaktpersonens e-post mark.glanville@kry.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 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 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: Mark Glanville
Profession: Specialist i Allmänmedicin, verksamhetschef Kry VC Sickla

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:

Jenny Ksyt Åhlund, ST-läkare i allmänmedicin
Sofie Eriksson, ST-läkare i allmänmedicin
Isa Hoffman Hansen, astma/KOL-sjuksköterska

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

B:

Patientenkäter: Genomföra korta patientundersökningar för att fånga upp synpunkter på vården och förbättringsarbetet (Förslag på frågor till patienten: upplever du att du fått tillräckligt med information kring undersökningen. Förstår du varför den gjordes och vad den visade? Om din undersökning inte visade tecken på KOL i nuläget, har du förstått vad du ska vara uppmärksam på för symtom i framtiden som skulle kunna vara tecken på KOL? Om undersökningen visade tecken på KOL, har du förstått vidare plan?)

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.

Kry primärvård i Region Stockholm har tagit fram gemensamma kvalitetsmått och mål för enheterna. Under 2025 har vi valt att fokusera på KOL då vi noterat en låg förekomst av KOL-diagnoser och brister i uppföljning och behandling. Vi har valt att följa Socialstyrelsens riktlinjer och de indikatorer som rekommenderas.

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 (Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom)

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:

- Hitta fler patienter med KOL för att erbjuda rökslutarstöd samt medicinsk och icke-medicinsk behandling.
- Förbättra vården för diagnostiserade KOL-patienter och säkerställa korrekt diagnos, rökvaneeanamnes och CAT-bedömning.
- Utveckla lättförståelig patientinformation i form av broschyrer eller digitala guider i Kry-appen om KOL, symtom och vikten av tidig upptäckt.

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: Smygande symtomutveckling. Patienten upplever därför inte sina andningsproblem som så påtagliga att de motiverar läkarkontakt förrän lungfunktionen är halverad eller ännu sämre. Underdiagnostiken av KOL är följaktligen stor.

1.1: Genom att inkludera samtliga rökare och fd rökare > 40 år i screening med FEV₁/FEV₆
1.2: Bli bättre på att fånga upp tobaksbruk på mottagningsbesök både hos läkare och sjuksköterska.
1.3: Bli bättre på att även fånga upp passiv rökning och yrkesmässig exponering för luftvägsirriterande ämnen.

2: Kol är vanligare hos socioekonomiskt utsatta grupper	2.1: Genom att erbjuda gratis screening av lungfunktionen 2.2: 2.3:
3: Kunskapsbrist hos patienter med KOL	3.1: Erbjud KOL-skola 3.2: Ge skriftlig och muntlig information om KOL 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 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 "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 snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medr ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel/antal listade patienter med diagnos KOL</i>	0,2 %(27 st)	25-01-31	≥0,5 %	Medr ave	25-12-31
Indikator 2	<i>Andel/antal med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk</i>	48,1%(13 st)	25-01-31	≥95%	Medr ave	25-12-31
Indikator 3	<i>Andel med ny diagnos med KOL som genomfört en spirometri</i>	50%(7 st)	25-01-31	≥95%	Medr ave	25-12-31
Indikator 4	<i>Andel/antal med KOL där man dokumenterat hälsostatus med CAT</i>	34%(10st)	25-01-31	≥95%	Medr ave	25-12-31

Indikator 5	<i>Andel/antal med KOL-exacerbation som fått återbesök inom 6 veckor</i>	33%(1st)	25-01-311	≥95%	Medräve	25-12-31
--------------------	--	----------	-----------	------	---------	----------

Kommentar (valfritt):

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 dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

• **Planera:**

- Meddelande i Kry-appen till patienter >40 år med tobaksbruk eller tidigare tobaksbruk för gratis screeningspirometri.
- Informationsposter i väntrummet och laboratoriet.
- Screening via FEV1/FEV6-mätning, vidare utredning med spirometri vid misstanke.
- Kallelse av patienter med KOL för årskontroller/nybesök

• **Göra:**

- Vi har haft en regional kickoff i januari 2025 med fortbildning för läkare och sjuksköterskor.
- Månatliga uppdateringar av MedRave-data och presentation på APT-möten.
- Utbildning och kompetenshöjning. Tex hålla workshops där både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor deltar för att optimera KOL-vården.

• **Studera:**

- Följa upp om screening och åtgärder resulterar i fler diagnostiserade patienter.
- Utvärdera patienternas upplevelser och behandlingsföljsamhet.

• **Agera:**

- Anpassa och justera arbetet vid behov.
- Vid positiva resultat - implementera arbetssättet långsiktigt.

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.slsso@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

- 2025-01-16: Utbildningseftermiddag organiserad för alla läkare och sjuksköterskor om KOL med externa föreläsare.
- Genomförde interna utbildningar kring KOL på APT med alla personalkategorier.
- Skapat en ny rutin (se bilaga 1) för omhändertagande av patienter med känd KOL diagnos samt nydiagnosticerande av nya patienter med misstanke om KOL. Exempelvis en rutin för enkel inbokning hos undersköterska för COPD6 mätning för patienter med misstänkt KOL. För patienter med känd KOL har vi skapat en strukturerad rutin för uppföljning vid årskontroll med ett sjuksköterskebesök för kartläggning av symptom med bland annat CAT, inhalationsteknik, rök och vaccinationsanamnes med mera. Därefter eventuell utredning med spirometri / radiologisk undersökning / klinisk kemi. Slutligen läkarbesök för diagnossättning, stadiindelning samt kring beslut kring behandling / behov av vidare utredning. För att öka patientdelaktigheten skapades tydliga vårdplaner för varje patient med KOL diagnos.
- Införskaffade egna FEV₁/FEV₆-mätare samt etablerade rutiner för att enkelt kunna screena patienter med risk för KOL.
- Informerade patienter via väntrumsreklam om möjligheten att boka tid för kostnadsfri KOL-screening.
- Använde Medrave för riktad granskning för att identifiera patienter med KOL samt säkerställa adekvat uppföljning och behandling.
- Följde upp statistik och utfall månadsvis på APT.

Resultat

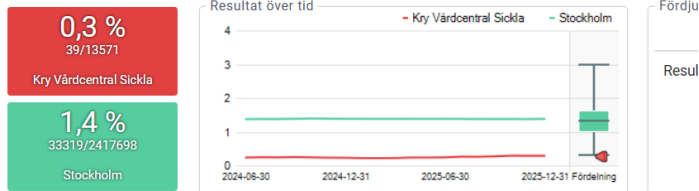
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**

Indikator 1 = Andel patienter med KOL diagnos

Målnivån var ambitiös utifrån utgångsläget med få KOL patienter. Under året identifierades ytterligare 11 patienter med KOL, vilket motsvarar en ökning på 39 % i absoluta tal. Trots detta resulterade ökningen endast i cirka 0,1 procentenheters ökning av andelen KOL-patienter, till följd av en samtidig ökning av listade patienter med cirka 1 200.

★ KOL01: Förekomst av diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), på vårdcentral

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)

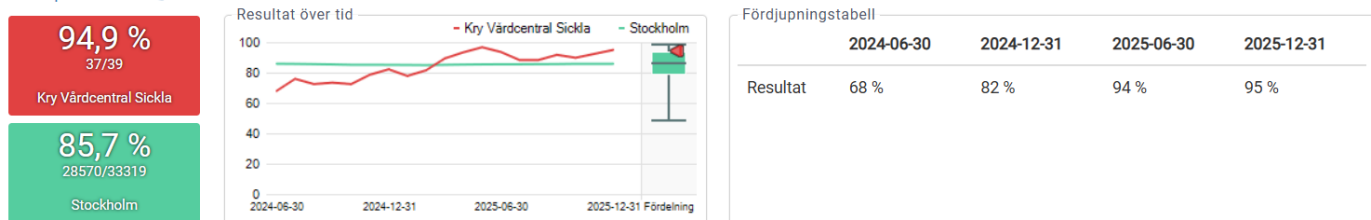


Indikator 2 = Andel patienter med KOL som har dokumentation om tobaksbruk

Målen för dokumentation av tobaksbruk uppnåddes, sannolikt till följd av ökad medvetenhet bland klinikerna samt systematisk uppföljning av astma/KOL-sjuksköterska. Detta gjordes rent praktiskt delvis genom strukturerat användande av medrave.

★ KOL17: Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk

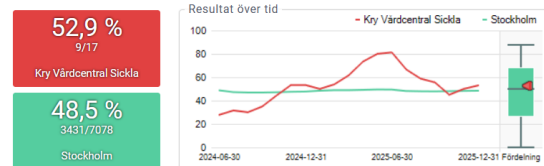
[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Indikator 3 = Andel med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri

★ KOL16N: Andel patienter med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



På grund av bristande bemanning (de sista 6 månaderna på året) hos våra sjuksköterskor med spirometrikompetens skickades många spirometrier (under ca 6 månader) till klinisk fysiologi istället för att göras på vårdcentralen. Dessa fångas dessvärre inte av Medrave. Under de första 6 månaderna när vi hade spirometri kompetens på vårdcentralen så ökade andelen patienter med KOL som genomfört spirometri.

Indikator 4 = Andel KOL patienter med dokumenterad CAT

Vi ökade från 34% till 68%. Dessvärre uppnådde vi ej vårt mål som var att komma över 95% men uppnådde en klar förbättring. Förhoppningsvis när vi detta mål nästa år. Vi märkte också att en del kliniker genomförde CAT men skrev det ej under rätt sökterm i take care utan i löpande text. Detta medförde att de ej fångas av Medrave.

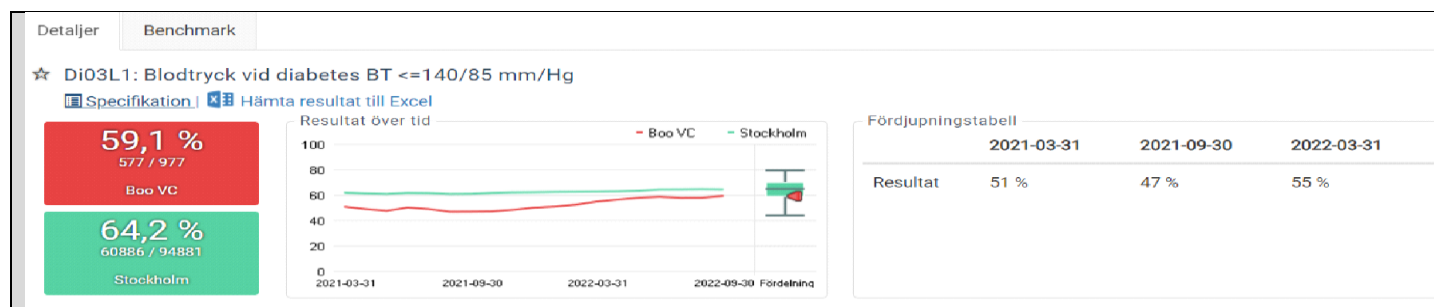
Indikator 5 = Andel patienter med KOL-exacerbation som fått återbesök inom 6 veckor.

Vi ökade från 33% till 67% under året. Detta genom ökad medvetenhet hos våra läkare och sjuksköterskor kring vikten av att följa upp detta. En utmaning med denna statistik är att många patienter med denna diagnos söker akutmottagningar samt närläkare och ej till oss på vårdcentralen. I flertalet fall remitteras dessvärre inte patienten till vårdcentralen för uppföljning vilket medför att de ej följs upp via oss och ej ses i Medrave.

★ KOL04: Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) som fått återbesök inom 6 veckor efter exacerbation

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)





	Indikatornamn	Start-läge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum
Indikator 1	Andel/antal listade patienter med diagnos KOL	0,2 %(27 st)	25-01-31	≥0,5%	0,3%	Medrave	25-12-31
Indikator 2	Andel/antal med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk	48,1%(13 st)	25-01-31	≥95%	95%	Medrave	25-12-31
Indikator 3	Andel med ny diagnos med KOL som genomfört en spirometri	50%(7 st)	25-01-31	≥95%	53%	Medrave	25-12-31
Indikator 4	Andel/antal med KOL där man dokumenterat hälsostatus med CAT	34%(10st)	25-01-31	≥95%	68%	Medrave	25-12-31
Indikator 5	Andel/antal med KOL-exacerbation som fått återbesök inom 6 veckor	33%(1st)	25-01-311	≥95%	66,7%	Medrave	25-12-31

Vad har ni lärt er?

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?

Under förbättringsarbetet fanns en ambition att involvera patienter och samla in synpunkter kring screening, information och uppföljning vid misstänkt eller konstaterad KOL. I praktiken lyckades vi dock inte etablera ett fungerande och strukturerat sätt att samla in patienters synpunkter, exempelvis genom enkäter eller intervjuer, inom ramen för projektet. Arbetet har därför i huvudsak fokuserat på att utveckla interna arbetssätt och processer för screening, diagnostik och uppföljning enligt gällande riktlinjer. Patienternas delaktighet har främst bestått i att de erbjudits undersökning, information och uppföljning inom ramen för ordinarie vårdkontakter, snarare än aktiv medverkan i utformningen av förbättringsarbetet.

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.

- Fortsätta att systematiskt uppmärksamma både patienter och medarbetare på möjligheten till screening vid misstanke om KOL, i syfte att öka tidig upptäckt och diagnostik.
- Vidareutveckla och stärka samarbetet med astma/KOLsjuksköterska för strukturerad uppföljning av patienter med KOL samt för att säkerställa evidensbaserad och adekvat behandling.
- Förbättra och tydliggöra rutiner för uppföljning av KOLpatienter efter akuta exacerbationer, med målsättning att minska risken för återinsjuknande och försämring.
- Patientmedverkan har identifierats som ett utvecklingsområde. Framåt avser vi att undersöka möjligheten att införa enkla och genomförbara sätt att samla in patienters synpunkter, exempelvis i samband med planerade återbesök, för att stärka patientdelaktigheten i framtida förbättringsarbete.

Slutreflektion

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.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.

Övriga kommentarer:

- KOL är en relativt vanlig sjukdom (cirka 4–7 % av befolkningen), men är underrepresenterad på vår vårdcentral. Detta beror sannolikt på flera faktorer. Dels har vår vårdcentral friskare och yngre befolkning samt stor del av patienterna från socioekonomiskt starka områden. Dels har nog en del av patienterna missats att diagnosticeras. Ytterligare är en faktor att vissa patienter kan vara listade på vårdcentralen utan att varit här.
- Screening med FEV1/FEV6mätning är ett enkelt och effektivt sätt att identifiera patienter med misstänkt KOL. I praktiken har det dock visat sig vara något svårare att motivera patienter att genomgå screening än väntat.
- Det är viktigt att förebygga fortsatt försämring i pats KOL sjukdom genom riktade levnadsåtgärder, framför allt tobaksstopp och hälsosamma levnadsvanor i övrigt, men även genom adekvat läkemedelsbehandling för att minska risken för exacerbationer.

