

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Förbättring av tillgång till bra vård av KOL i Vårdcentralen.

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn Husläkarmottagning i Täby centrum	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Ninozka Uribe	Verksamhetschefens e-post ninozka.uribe@primavard.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Emmanouil Kokoroskos	Kontaktpersonens e-post manos.kokoroskos@primavard.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:

Namn: Emmanouil Kokoroskos

Profession: 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

Åsa Henriksson - Distriktsköterska - Astma & KOL sköterska
Emmanouil Kokoroskos - ST läkare, Doktorand
Madelein Nilsson – Undersköterska
Mohsen Besharat Pour – Allmänläkare med doktorand
YasminSabetkar – Allmänläkare, MAL

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

B: Enkät till patienter med frågor om vilka behandlingsbehov de har förutom medicinering (t.ex. sjukgymnastik, kostplan hos dietist), om hur deras kunskap om KOL exacerbationer ser ut och på vilket sätt de vill kontakta vården vid symptom av KOL exacerbation.

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.

Under en lång period hade vi personalomsättningar som påverkade mycket stabilitet i vår Astma & KOL mottagning. Som resultat hade vi sparsam årliga besök med allt som detta kan innebära i kvaliteten av vården till patienter med KOL som avspeglas i Medrave där vår prestation ligger sämre (förutom dokumentering av rökning och uppföljning tidigt efter akut exacerbation) jämfört med median i Stockholm. Nu har vi mer stabil Astma & KOL mottagning och vill ge regelbundna kontroller till våra patienter, optimera deras behandling, ge stöd för rökstopp och närlin och bättre utbildning kring KOL exacerbation för tidig och effektiv behandling internt i mottagningen.

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.

Förbättring av tillgång till bra vård av KOL i Vårdcentralen.

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 vill att samtliga patienter med KOL ska ha under 2025 årlig kontroll med uppdaterade spirometri värden, registrering av BMI, CAT och rökvanor.

Vi vill att samtliga patienter med KOL ska ha utbildning angående KOL, inhalationsteknik och tidiga tecken till KOL exacerbation.

Vi vill att våra patienter med KOL ska ha tillgång till rådgivning och akut besök i vårdcentralen vid KOL exacerbation.

Vi vill att våra patienter med KOL känner sig säkra med att vårdas hos oss.

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: Ostabil bemanning av Astma&KOL mottagning

1.1: Avsätter tid för astma& KOL sjuksköterska/undvika multitasking
1.2: Ge stöd till för astma& KOL sjuksköterska (tid för att kolla listan ofta, planera kallelse)
1.3: Skicka kallelse för återbesök till för astma& KOL sjuksköterska med ny spirometri och CAT

2: Begränsad tillgång till läkartider vid KOL exacerbation

2.1: Information/utbildning till patienter för att känna igen symptom av exacerbation
2.2: Tillgång till Astma & KOL sjuksköterska för snabbare, intern och effektivare hantering av exacerbation
2.3: Avstämning mellan Astma & KOL sjuksköterska och läkare angående hanteringen av exacerbationen.

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>KOLO1 : Förekomst av diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), på vårdcentral</i>	1,1% N=69	2025-01-28	1,4%	Medrave	2025-12-31
Indikator 2	<i>KOLO2A: Andel patienter med KOL och underhållsbehandling som har varit på återbesök, alla professioner</i>	76,7% N=33	2025-01-28	83%	Medrave	2025-12-31
Indikator 3	<i>KOLO3: Andel patienter som har Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) med exacerbationer som varit på återbesök</i>	50% N=7	2025-01-28	80%	Medrave	2025-12-31
Indikator 4	<i>KOLO4: Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) som fått uppföljning inom 6 veckor efter exacerbation</i>	56,5% N=5	2025-01-28	80%	Medrave	2025-12-31
Indikator 5	<i>KOLO5A: Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI</i>	54% N=27	2025-01-28	80%	Medrave	2025-12-31
Indikator 6	<i>KOLO9: Andel patienter med ny diagnos KOL som genomgått patientutbildning, på vårdcentral</i>	0% N=0	2025-01-28	60%	Medrave	2025-12-31
Indikator 7	<i>KOL16N: Andel patienter med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri</i>	35,7% N=5	2025-01-28	65%	Medrave	2025-12-31
Indikator 8	<i>KOL17: Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk</i>	91,3% N=63	2025-01-28	95%	Medrave	2025-12-31

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?

Astma & KOL sköterska ska kalla alla patienter med KOL för besök. Efter överenskommelse med Verksamhetschef ska Astma & KOL sköterska ha avsatt tid för minst 10 patienter med KOL per månad (OBS! ytterligare tid krävs för patienter med Astma, N=200). Några av våra patienter med KOL har listat om sig men kan kallas ändå. Vi misstänker att några av våra patienter med Astma har istället /och KOL eftersom vi har för få patienter med KOL (52). Vid varje besök (45 minuter) kommer att göras ny spirometri, värdering av inhalationsteknik, utbildning kring inhalationsteknik och KOL exacerbation, registrering av rökningssvanor och åtgärd för rökstopp, registrering av BMI och åtgärder kring undernäring eller undernäringens risk, registrering CAT och uppdatering av diagnosen KOL. Efter varje besök kan även utvärderas remiss till sjukgymnast/fysioterapeut eller dietist. Avstämning med läkaren angående läkartid ska göras beroende på Spirometri, CAT (symptom allmänt), behov av förskrivning (KOL mediciner eller tabletter för rökstopp).

ÅH ska ge enkäten till patienter och de ska samlas i förslagslåda. EK, MBP ska analysera svaren i april.

Ny träff med samtliga involverande planeras i mars för utvärdering av uppstarten, i augusti för uppföljning av planen och därefter i november för att förbereda del 2.

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**

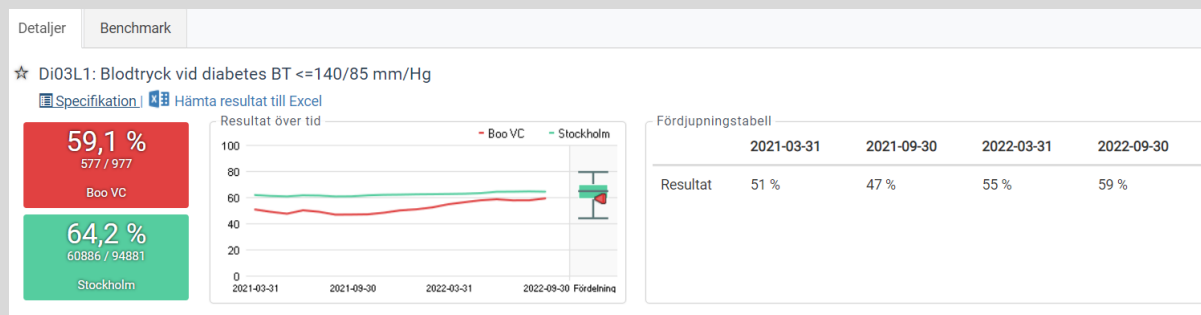
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Efter att Astma/KOL sköterska kallade för årlig kontroll de första 14 patienterna med KOL, fick de enkät (se bilaga 1) angående deras kunskap angående KOL samt deras önskemål angående vården. Utifrån enkätens resultat – väldigt få visste att de ens har KOL, osäkra på mediciner, hade frågor angående FAR, dietist, sjukgymnast – bestämde vi oss att fortsätta med den initiala planen med mer fokus på utbildning, sätta rätt diagnos och anpassning av ytterligare insatser utifrån patientens tillstånd.

Huvudinterventionen var de årliga besök hos Astma/KOL sköterska som inkluderade: CAT, registrering av rökvanor och erbjudan till rökstopp för de som är rökare, ny spirometri, inhalationsutbildning samt utbildning angående exacerbation: tecken och åtgärd, och planering av läkarbesök.

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>KOL01 : Förekomst av diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), på vårdcentral</i>	1,1% N=69	2025-01-28	1,4%	1,2% (N=78)	Medrave	2026-01-02
Indikator 2	<i>KOL02A: Andel patienter med KOL och underhållsbehan</i>	76,7% N=33	2025-01-28	83%	88% (N=44)	Medrave	2026-01-02

	<i>dling som har varit på återbesök, alla professioner</i>						
Indikator 3	<i>KOL03: Andel patienter som har Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) med exacerbationer som varit på återbesök</i>	50% N=7	2025-01-28	80%	42,1% (N=8)	Medra ve	2026-01-02
Indikator 4	<i>KOL04: Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) som fått uppföljning inom 6 veckor efter exacerbation</i>	56,5% N=5	2025-01-28	80%	50% (N=7)	Medra ve	2026-01-02
Indikator 5	<i>KOL05A: Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI</i>	54% N=27	2025-01-28	80%	62,9% (N=39)	Medra ve	2026-01-02
Indikator 6	<i>KOL09: Andel patienter med ny diagnos KOL som genomgått patientutbildning , på vårdcentral</i>	0% N=0	2025-01-28	60%	14,5% (N=11)	Medra ver	2026-01-02
Indikator 7	<i>KOL16N: Andel patienter med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri</i>	35,7% N=5	2025-01-28	65%	53,8% (N=14)	Medra ve	2026-01-02
Indikator 8	<i>KOL17: Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk</i>	91,3% N=63	2025-01-28	95%	93,6% (N=73)	Medra ve	2026-01-02
Övriga kommentarer:							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							

Våra patienter hade dålig kompetens angående sina KOL diagnoser och mediciner. Detta berodde mest på tidigare störningar på KOL mottagning.

De årliga kontrollerna hos Astma/KOL sköterska underlättar att upptäcka tidigt eventuella problem och att utföra tidiga åtgärder för att förbättra vården som erbjuds.

Trots att vi försökte förbättra följsamheten av patienter med KOL exacerbation genom att öka patienternas kunskap och Astma/KOL sköterskas tillgänglighet, klarade vi bara att öka antal patienter med återbesök men inte andelen. Vi misstänker att detta beror på fel diagnos eller på att kollegorna på akuten inte kommer ihåg att skicka remiss till HLM för uppföljning.

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?

Enkäten hjälpte oss att engagera patienterna och att få tag på deras behov. Vården som vi erbjöd berodde mycket på deras svar på enkäten.

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.

Vi kommer att behålla de årliga kontrollerna hos Astma/KOL sköterska med alla åtgärden som nämns ovan.

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.