

# HLM Johannes KOL 2025

## Del 1

<b>Information om husläkarmottagningen</b>	
Mottagningens namn Johannes Husläkarmottagning	Namn på er Informationsapotekare Christine Fransson
Verksamhetschef Anna Butén	Verksamhetschefens e-post anna.buten@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Eva Gustafsson	Kontaktpersonens e-post eva.m.gustafsson@regionstockholm.se

## DEL 1 – Planen

<b>Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:</b>
Namn: Eva Gustafsson
Profession: Distriktssköterska
<b>Att involvera flera</b>
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>
A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner
A: Eva Gustafsson, distriktssköterska, Lena Kjellberg, distriktssköterska, Mandana Azari, Specialist i allmänmedicin och Astma/KOL ansvarig läkare.
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
B: I samband med besök på Astma/KOL mottagningen aktivt fråga om vad vi som vårdpersonal ska lyfta.
<b>Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?</b>
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 nuläget har vi en Astma/KOL mottagning med spirometrier för uppföljning av patienter med diagnoserna KOL och Astma samt spirometrier i utredande syfte. Tider för spirometrier är begränsade.*

*Vi vill fånga upp patienter med sannolikhet för KOL. De patienter som kommer till vår mottagning och har luftvägs- eller andningsbesvär i anamnesen, en ålder över 40 år samt anamnes på tobaksrökning vill vi erbjuda förenklad lungfunktionsmätning med CoPd6 mätare samt erbjuda alla patienter med rökvanor rådgivning och stöd att sluta röka.*

*Det är allmänt känt att KOL är en underdiagnostiserad folksjukdom som innebär stort lidande och stora ekonomiska konsekvenser samt är en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige med en beräknad prevalens på 7% i Sverige. Enligt Medrave är förekomsten av KOL-diagnos 1,6%, vilket i siffror är 161/10279 listade patienten på Johannes HLM 25-01-31, vilket kan tolkas som en underdiagnostisering. Tobaksbruk är den viktigaste faktorn för utveckling av KOL. Andel med kronisk sjukdom där rökvanor har uppmärksammats är på Johannes 2465/3751, vilket är 66% och 124/134, vilket är 37% av dagligrökare har fått rådgivning.*

*Vi vill göra ett omtag med fokus på KOL i vårt kvalitetsarbete i år då vi inte nått det resultat vi förväntat oss 2023. Genom screening som går snabbt att genomföra tror vi att vi kan prioritera resurser på ett bättre sätt.*

**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-forbattringstrappa/>

**Formulera här era mål:**

**Relaterat till stor beräknad underdiagnostisering för KOL vill vi fånga upp patienter som är ovetande om sin KOL sjukdom i ett tidigt stadie för hälsovinster genom effektiv behandling och stöd att sluta röka.**

#### 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/verkygslada-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/verkygslada-patientsamverkan/>

1: Vi använder inte strukturerat CoPd6 mätare till patienter med rökvanor över 40 år.

1.1: Inköp av flera CoPd6 mätare  
1.2: Undervisning om hur CoPd6 mätare används.  
1.3: Erbjud screening med CoPd6 mätare till patienter med luftvägs- eller andningsbesvär i anamnesen, ålder över 40 år och tobaksrökning i anamnesen.

2: Vi är dåliga på att fråga om rökvanor och ge råd och stöd att sluta röka.

2.1: Mera aktivt fråga om rökvanor.  
2.2: Noggrann journalföring under rätt sökord.  
2.3: Skicka fler remisser till sluta röka linjen.

3: Kunskapsnivån angående KOL bör ökas på Johannes HLM.

3.1: Föreläsning av informationsläkare från APC.  
3.2: HLM KOL ansvariga lyfter och påminner om screening kontinuerligt på APT.  
3.3: Dela med ny kunskap på APT.

#### 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/verkygslada-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 (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka					

<b>Indikator 1</b>	Identifiera fler med diagnosen KOL	161/10279	Jan 2025	Dubbl era	Medr ave	Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	Antal CoPd6 mätningar under året 2024.	4	Jan 2025	Tiodu bbla	Take Care	Dec 2025
<b>Indikator 3</b>	Antal patienter med kronisk sjukdom där tobaksvanor uppmärksammats	2465	Jan 2025	80%	Medr ave	Dec 2025
<b>Indikator 4</b>	Antal dagligrökare med kronisk sjukdom som fått rådgivning	166	Jan 2025	90%	Medr ave	Dec 2025
<b>Indikator 5</b>						

**Kommentar (valfritt):**

Andelen CoPd6 mätningar under 2024 är framtagna genom sökord 14523, 14695 och 18099 (FEV<sub>1</sub>/FEV och FEV<sub>1</sub> för förenklad lungfunktionsmätning).

**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. Föreläsning om KOL av informationsläkare från APC.
2. Visa instruktionsfilm för CoPd6 mätning på APT.
3. Erbjud patienter med luftvägs- och andningsbesvär i anamnesen en CoPd6-mätning.
4. Upprepade påminnelser på APT.
5. Diskussioner om att utbilda usk så att de kan göra CoPd6-mätning på usk-mottagning efter ordination.

**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.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.slso@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

### CoPd6-mätning

Vi har haft utbildning om KOL av informationsläkare från APC för hela personalgruppen och på ett APT-möte gemensamt sett på instruktionsfilm för CoPd6-mätning.

Vi har i arbetsgruppen regelbundet på APT-möten påmint och diskuterat hur vi kan arbeta med screeningen.

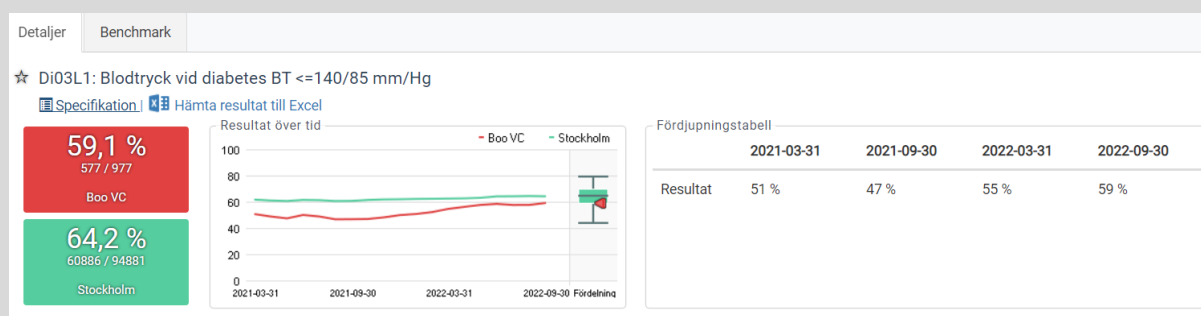
Vi har även i arbetsgruppen påmint om att använda rätt sökord i dokumentationen både för CoPd6-mätningarna och rökning för att kunna följa upp med statistik.

I de flesta fall har CoPd6-mätning utförts av jourssk i samband med läkarbesök.

Vi har på planeringsmöte pratat om att involvera usk-mottagningen i CoPd6-mätningar efter ordination från läkare, men detta är ej genomfört ännu.

## 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</b> (% eller antal)	<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	161/10279	Jan 2025	Dubbla	170/11487	Medrave	Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	Antal CoPd6 mätningar under året 2024.	4	Jan 2025	Tiodubbla	20	Tace Care	Dec 2025,
<b>Indikator 3</b>	Antal patienter med kronisk sjukdom där tobaksvanor uppmärksammas	2465/3751	Jan 2025	80%	2722/4170	Medrave	Dec 2025
<b>Indikator 4</b>	Antal dagligrökare med kronisk sjukdom som fått rådgivning	124/334	Jan 2025	80%	116/301	Medrave	Dec 2025

<b>Indikator 5</b>							<i>Dec 2025</i>
<p><b>Övriga kommentarer:</b></p> <p>Vi har under året gjort fler CoPd6-mätningar under 2025 (20 st) jämfört med föregående år (4 st). Förekomsten av KOL på HLM Johannes har stigit i antal från 160 till 170 under året, men även listningen har ökat och i procent har förekomsten av KOL i stället minskat från 1,6%-1,5%, vilket ändå är något över snittet i Stockholm (1,4 % i dec 2025). En tänkbar förklaring till att förekomsten för KOL på vårdcentralen har minskat skulle kunna vara en yngre patientgrupp, men detta har inte undersökts. Enligt Medrave har uppmärksamheten på rökvanor hos patienter med kronisk sjukdom har minskat något men dagligrökare med kronisk sjukdom som fått rådgivning har ökat något.</p>							
<b>Slutreflektion</b>							
Vad har ni lärt er?							
<p>Det är svårt att implementera en ny rutin, vilket kan bero på att det är lätt att fastna i vanor, tidsbrist gör att det är svårt att tänka nytt. Det behövs medvetenhet och vana för att jämföra resultat i Medrave. Vi kan bli bättre på att uppmärksamma rökvanor hos patienter med kronisk sjukdom och bättre på att ge rådgivning till dagligrökare. Sannolikt finns missar när det gäller dokumentation med rätt sökord för rökvanor, det kan vi arbeta på att förbättra.</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?							
<i>Genom samtal med patienter i målgruppen som söker på vårdcentralen, samband på besök på KOL-mottagning och med KOL-skola.</i>							
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>Verka för fortsatt välfungerande KOL-mottagning med multiprofessionellt team. Fortsätta utbilda och handleda kollegor. Fortsätta att implementera CoPd-6 mätningar för screening för patienter som har luftvägs- eller andningsbesvär i anamnesen, en ålder över 40 år samt anamnes på tobaksrökning. Utbilda usk för delaktighet i CoPd6-mätning när behov finns.</p>							
<p><b>Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2</b> t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i <b>WORDFORMAT</b> som <b>BILAGA (EJ LÄNK)</b> namngivet med <b>er vårdcentral</b> enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se <b>Bilagor</b> 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>							