

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry VC Sibyllegata	Namn på er Informationsapotekare Teresa Alton Borgelin
Verksamhetschef Rebecca Hofman-Bang	Verksamhetschefens e-post rebecca.hofmanbang@kry.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Araz Haddadi, ST-Läkare	Kontaktpersonens e-post Araz.Haddadi@ad.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.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 forbattringsarbeten.apc.sls@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: Araz Haddadi
Profession: ST-Läkare

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

1. Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
2. 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.

3. 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

Araz Haddadi, ST-Läkare
Agnes Lingegård, SSK
Rebecca Hofman-Bang, SSK

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

Samla information i samband med mottagningsbesök

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 hitta de osynliga KOL-patienterna eftersom KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) är en underdiagnostiserad sjukdom med hög mortalitet och morbiditet samt förbättra olika essentiella kvalitetsmått som tex. Spirometrier, CATS och tobaksdokumentation. Många patienter upptäcks sent i sjukdomsförloppet, vilket leder till ökad risk för exacerbationer, försämrad livskvalitet och högre vårdkostnader. Tidig upptäckt, behandling och kvalitetskontroller kan bromsa sjukdomens progression och minska vårdbelastningen.

För närvarande har vi 0.5 % diagnostiserade KOL-patienter på vår vårdcentral, vilket motsvarar ca 35 patienter av våra 7 150 listade patienter. Detta är lägre än snittet i Sverige samt Stockholm, som ligger allt mellan 4-8 % av befolkningen [se källa] vilket till stor del förklaras av socioekonomiska och demografiska faktorer som tex. Ålder, utbildning och ekonomi. Det handlar därför om en relativt liten grupp patienter som vi behöver identifiera och hjälpa.

Källa: <https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-020-01536-4>

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, förbättra kvalite och kvanitet

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/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Vår målsättning är att dels förbättra identifieringen av dessa patienter genom systematiserad spirometriscreening, anamnes och riskbedömning inom primärvården, samt förbättra vanliga kvalitetsmått som rutinmässig spirometri, CATS och tobaksdokumentation. Genom att nå dessa patienter med förväntad vårdkvalité kan vi aktivt erbjuda rökavvänjning, farmakologisk behandling och rehabilitering, vilket förbättrar deras hälsoutfall och livskvalitet samtidigt som vi minskar sjukdomens totala börda på vården.

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/> <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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: Bristande baskunskap bland personalen

1.1: Formell inläring, utökad spirometrikortkort bland personalen
1.2: Boka APC föreläsare till VC
1.3: Internutbildning inom Kry

2: Svårigheter att identifiera tillräckligt många patienter

2.1: Ökad screening vid nybesök/återkommande hosta
2.2: Screening med COPD6-mätare
2.3: Se över tidigare inhalationsmedicinering

3: Tidsbrist

3.1: Avsatt tid för genomgång av MedRave
3.2: Avsatt tid för att kalla på patienter med trolig diagnos
3.3: Avsatt tid för genomgång av CATS/Tobaksanvändning

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/verktugslada-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>Andel KOL-patienter</i>	0.5	Jan 2025	0.7	MedRave	31/12-2025
Indikator 2	<i>Andel KOL-patienter med dok. Tobaksbruk</i>	55%	Jan 2025	>95%	MedRave	31/12-2025
Indikator 3	<i>Andel KOL med dok. CAT</i>	48%	Jan 2025	>95%	MedRave	31/12-2025
Indikator 4	<i>Andel KOL med genomförd Spirometri</i>	78%	Jan 2025	>95%	MedRave	31/12-2025

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/verktugslada-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. Planera

Läkare (Araz) och sjuksköterskor (Agnes och Rebecca) avsätter tid månadsvis för att analysera patientunderlaget via MedRave och identifiera potentiella KOL-patienter utifrån riskfaktorer. Vi granskar även befintliga patienter för att säkerställa adekvat behandling och

uppföljning.

2. Göra

- 2.1. Nya rutiner för KOL-screening och uppföljning presenteras på APT.
- 2.2. Spirometri och strukturerade frågor används mer aktivt vid patientmöten.
- 2.3. Patienter med misstänkt KOL kallas för vidare utredning och erbjuds individanpassad behandling.

3. Studera

Vi utvärderar antalet nyupptäckta KOL-patienter via MedRave, behandlingsföljksamhet och förbättringar i vårdkvalitet. Eventuella brister identifieras och analyseras.

4. Agera

Arbets sättet justeras vid behov. Om insatserna fungerar väl kan vi skala upp och permanenta dem, annars anpassar vi strategin för bättre resultat.

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

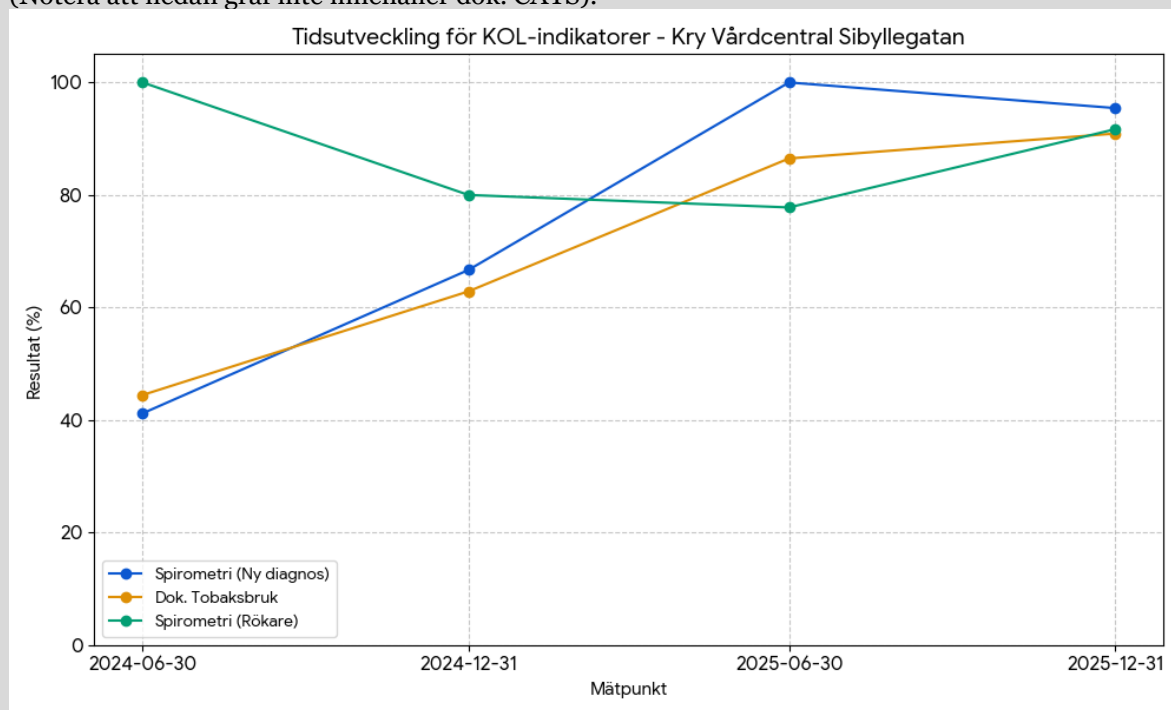
1. Formell inläring, utökad spirometrikortkort bland personalen
2. Boka APC föreläsare till VC
 - a. Genomfört 1/10
3. Djupgående intern utbildning inom Kry inom KOL och Astma
 - a. Genomgång fysiskt på KRY HQ H1.
4. Ökad screening vid nybesök och återkommande hosta
 - a. 10 paketår + 50 år. Kostnadsfri screening med COPD6.
5. Screening med COPD6 mätare
 - a. Formell genomgång på APT x flera
 - b. Se ovan
6. Se över tidigare inhalationsmedicinering
 - a. Genomgång LM-lista, teknik med SSK, instruktionsvideo (medicinskainstruktioner.se) skickas som rutin
7. Avsatt tid för genomgång av MedRave
 - a. Avsatt tid x flera, med MRÅ, SSK och Läk
8. Avsatt tid för att kalla på patienter med trolig diagnos, baserat på relaterade bi-diagnoser.

- a. Genomfört mha. MedRave
9. Avsatt tid för genomgång av CATS och tobaksanvändning
 - a. Enligt ovan

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.**

(Notera att nedan graf inte innehåller dok. CATS).



Indikatorer	Start-läge (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultat-värdet
Andel KOL-patienter	0.5%	Jan 2025	0.7%	0.55%	MedRave	Dac 2025
Andel KOL-patienter med dok. Tobaksbruk	55%	Jan 2025	>95%	95%	MedRave	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
Andel KOL med dok. CAT	48%	Jan 2025	>95%	73%	MedRave	T.ex. dec 2025
Andel KOL med genomförd Spirometri	78%	Jan 2025	>95%	88%	MedRave	T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Vi är generellt väldigt nöjda med våra insatser och utfallen. Detta talar för att vi har genomfört arbetet enligt planen. Även om andelen KOL-patienter inte har ökat så har faktiskt antalen gjort det i samband med ökad listning. Den socioekonomiska faktorerna påverkar såklart också hur många KOL-patienter som vi förväntas ha.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi framgångsrikt ökat upptäckten av nya KOL-fall genom systematisk screening med COPD6-mätare och mer djupgående anamnes. Genom förbättrad dokumentation av spirometri och tobaksbruks samt CATS-tester har vi skapat en mer strukturerad uppföljning och en högre vårdkvalitet. Detta har möjliggjort ett helhetsomhändertagande där patienterna nu får bättre tillgång till KOL-skola, rehabilitering och tobaksavvänjning. Resultatet är en mer proaktiv vårdkedja med årliga spirometrier som säkerställer en stabil behandling över tid.

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?

Nej

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 fortsätta med COPD6-screening, fortsätta upprätthålla rutiner kring dokumentationen, fortsätta hålla utbildningar (ffa. för nya medarbetare samt uppdateringar i kunskap). Vi fortsätter även jobba mer proaktivt med MedRave för att se till att ovan mönster fortsätter att hålla 2026 och framåt. Vi fortsätter att utbilda personal samt ge avsatt tid för kvalitét relaterade arbeten.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 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.