

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Kry vårdcentral Gallerian

### KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry VC Gallerian	Namn på er Informationsapotekare Christine Fransson
Verksamhetschef Malin Bergmark Kudan	Verksamhetschefens e-post Malin.bergmarkkudan@kry.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Megan Laurencikaite	Kontaktpersonens e-post megan.laurencikaite@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.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 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: Megan Laurentikaite
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

A:

Björn Stridh, Medicinskt Rådgivande Läkare

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

B:

Patienterna blir tillfrågade under vårdbesöket och får även ge skriftlig feedback efter vårdbesök.

### **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 målför enheterna. Under 2025 har vi valt att fokusera på KOL där vi noterat en låg förekomsten av KOL-diagnoser på våra vårdcentraler och brister i uppföljning och behandling.***

***Vi har valt att följa riktlinjerna från Socialstyrelsen avseende behandling av KOL och kommer att följa de indikatorer som rekommenderas i riktlinjerna.***

*KOL är en underdiagnostiserad sjukdom. I region Stockholm ligger detektionsgraden på 1.4%, men man beräknar att förekomsten av KOL är 4-7 procent i befolkningen. De listade patienterna på Kry vårdcentral Gallerian är förhållandevis unga och röker troligen i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt. Prevalensen av KOL på vår vårdcentral var 1 jan 2025 bara 0,20%, vilket är en mycket låg siffra. Vi är övertygade om att vi har fler patienter som uppfyller kriterierna för KOL och det är viktigt att hitta de patienterna. Några är troligen fortfarande rökare, och behöver få hjälp och stöd att sluta röka, och många med KOL har samsjuklighet med andra sjukdomar tex hjärt/kärlsjukdomar som behöver behandlas.*

**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/>

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

**Formulera här era mål:**

**Vi vill hitta fler patienter med diagnos KOL för att kunna ge rökslutarstöd samt medicinsk och icke-medicinsk behandling av sjukdomen. Vi vill även förbättra vården för våra diagnostiserade KOL-patienter och säkerställa att diagnosen ställts på rätt sätt, att alla tillfrågats om eventuell rökning och att man fått en bedömning av hälsostatus med CAT (COPD assement test)**

**Vi har valt att följa 5 indikatorer under 2025**

**Indikator 1****Andel listade patienter med diagnos KOL**

KOL är en underdiagnostiserad sjukdom. I region Stockholm ligger detektionsgraden på 1.4%, men man beräknar att förekomsten av KOL är 4-7 procent i populationen. Populationen på Kry vårdcentral Gallerian är förhållandevis ung och röker troligen i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt. Målet är att under året fånga så många odiagnostiserade KOL-patienter som möjligt.

**Mått:** Andel listade patienter med diagnos KOL

**Källa:** Medrave

**Mål:** Öka diagnosgrad från 0,19%-0,25% dvs en >25% ökning

**Indikator 2****Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk**

Att erbjuda stöd att sluta röka till personer med KOL som röker har högsta prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer. Att sluta röka är den viktigaste åtgärden för personer med KOL som röker, eftersom rökstopp är den enda åtgärden som kan bromsa sjukdomsutvecklingen och minska graden av lungfunktionsförsämring över tid. Risken för sjukhusinläggning är mindre för personer med KOL som slutar röka än för dem som inte slutar.

**Mått:** Antal personer med KOL som har genomgått spirometri (någonsin)

**Källa:** Medrave

**Mål:** ≥95%

**Indikator 3****Andel patienter med diagnos KOL som genomfört en spirometri**

Mätning av FEV<sub>1</sub>/FVC efter bronkodilation är viktigt för att ställa rätt diagnos och säkerställa fortsatt korrekt handläggning. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1).

Grundläggande vid diagnostik av KOL är en anamnes för att ta reda på symtom samt att genomföra lungfunktionsundersökning (spirometri) för att mäta FEV<sub>1</sub>/FVC efter bronkdilatation. Symtom vid KOL kan vara samma som vid andra sjukdomar. För att diagnostisera KOL krävs det att man kan påvisa permanent luftvägsobstruktion vilket görs med denna undersökning. Socialstyrelsen bedömer att i princip alla rökare och före detta rökare med KOL bör vid diagnos genomgå mätning av FEV<sub>1</sub>/FVC efter bronkdilatation

**Mått:** Antal personer med KOL som har genomgått spirometri (någonsin)

**Källa:** Medrave

**Mål:** ≥95%

#### **Indikator 4**

##### **Andel patienter med KOL där man dokumenterat hälsostatus med CAT**

Vid KOL bidrar bedömning av hälsostatus med det strukturerade frågeformuläret CAT, till att förebygga exacerbationer. Strukturerade frågeformulär utgör ett bra redskap för att fånga patientens egen uppfattning och bedömning. Formuläret ger både patient och vårdgivare en samlad bild över vilka problem som finns så att gemensamma behandlingsmål kan sättas och ett mer jämlikt omhändertagande uppnås. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 2)

Att kontrollera lungfunktionen med spirometri är viktigt för patienter med KOL men lungfunktionen ger inte alltid information om sjukdomens svårighetsgrad eller om kommande försämringar. Frågeformuläret CAT ger i många fall viktig information om patientens symtom och hjälper till att ge korrekt behandling samt att förebygga försämringar.

Åtgärden har en god förmåga att bedöma aktuellt sjukdomstillstånd och framtida risk för exacerbation. Symtomen tydliggörs vid användning av frågeformulär och underlättar konsultation och behandling. Kommentar: Används för att gradera KOL enligt GOLD A-E

**Mått:** Andel personer med KOL-diagnos som har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT (Chronic obstructive pulmonary disease assessment test), procent

**Källa:** Medrave Prisma

**Mål:** ≥95%

#### **Indikator 5**

##### **Andel patienter med KOL med exacerbation som fått återbesök inom 6 veckor**

Följa upp exacerbationer och säkerställa optimal behandling för att förebygga ytterligare exacerbationer

Vid KOL med akut exacerbation innebär återbesök inom sex veckor att patienten får ökad möjlighet till en optimal behandling för sin sjukdom, vilket leder till minskade symtom och färre försämringsskov. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 2)

**Mått:** Andel personer med KOL som har fått återbesök inom sex veckor efter akutbesöket där symtom och fysisk aktivitet har bedömts

**Källa:** Medrave Prisma

**Mål:** >80%

#### **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->

#### **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:

<a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/">kvalitetsarbete/verktyslada-forbattningstrappa/</a> <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/</a>	<a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-patientsamverkan/</a>
1: Bristfällig kunskap om KOL hos läkare och sköterskor.	1.1: Fortbilda personal om KOL.
2: Bristfällig diagnosättning av KOL.	2.1: Informera om vikten av diagnosättning. 2.2: Regelbunden uppföljning och information om diagnosättning till vårdpersonal.
3: Bristfällig uppföljning och behandling av patienter med KOL enligt Socialstyrelsens riktlinjer.	3.1: Informera om riktlinjer i samband med fortbildning av KOL. 3.2: Regelbunden uppföljning och information till personalen om uppfyllelse av behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

### 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/verktyslada-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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri 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>	Andel/antal listade patienter med diagnos KOL	0,19%(42st)	25-01-01	0,25%	Medrave	25-12-31
<b>Indikator 2</b>	Andel/antal med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk	79%(33st)	25-01-01	≥95%	Medrave	25-12-31
<b>Indikator 3</b>	Andel med diagnos KOL som genomfört en spirometri	83%(35st)	25-01-01	≥95%	Medrave	25-12-31

<b>Indikator 4</b>	<i>Andel/antal med KOL där man dokumenterat hälsostatus med CAT</i>	60%(25st)	25-01-01	≥95%	Medrave	25-12-31
<b>Indikator 5</b>	<i>Andel/antal med KOL-exacerbation som fått återbesök inom 6 veckor</i>	75%(6st)	25-01-01	≥95%	Medrave	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 sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Vi har haft en regional kickoff i januari 2025 med alla KRYs primärvårdsmottagningar med en halvdags utbildning för läkare och sköterskor om KOL-diagnostik och behandling.

Vi kommer göra månatliga uppdateringar av datan i MedRave och informera på APT om hur det går med kvalitetsarbetet.

**Indikator 1**

Vi har tänkt att skicka ut ett meddelande via KRY-appen till alla patienter >40 år gamla med ett erbjudande att få en bedömning av lungfunktionen om man har luftvägs- eller andningsbesvär och är rökare/tidigare rökare med minst 10 paketår. Vi har även satt upp en skylt på labbet där vi erbjuder screening för patienter med luftvägssymtom och är rökare med över 10 paketår.

Våra undersköterskor har möjlighet att göra screeningspirometri

**Indikator 2-4**

A/K-sköterska kallar alla med diagnos KOL för årskontroll och kontrollerar att spirometri är gjord. Patienten tillfrågas om rökning och erbjuds rökslutarstöd vid behov samt skattas med CAT-formulär. Dokumentation sker på rätt sökord i journalen för att kunna visas i Medrave.

**Indikator 5**

Varje månad eftersöks via Medrave alla med diagnos KOL med exacerbation och kallas för återbesök

**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

*Inom ramen för förbättringsarbetet har vi arbetat med att strukturera och förbättra uppföljningen av patienter med KOL på vårdcentralen. Följande förbättringsidéer har testats och delvis införts som standardiserade arbetssätt:*

- **Strukturerad årlig KOL-uppföljning** är nu standardiserad på vårdcentralen och görs enligt fast mall, där rökstatus, spirometri och CAT-skattning ingår som obligatoriska delar.
- Genomförande av **screeninginsatser för att identifiera patienter med misstänkt KOL**, dock med begränsat utfall då få nya KOL-diagnoser identifierades trots omfattande screening.
- Systematiskt arbete för att **förbättra dokumentationen av rökstatus**, inklusive påminnelse om att dokumentera vid varje relevant patientkontakt.
- Tydlig satsning på att **öka andelen patienter med genomförd spirometri och CAT-skattning**, där KOL-sköterska (Saleha) aktivt har arbetat med att kalla patienter till årskontroller. KOL-sköterskans roll i att aktivt kalla patienter till årskontroller är formaliserad och ingår i ordinarie uppdrag.
- Regelbunden uppföljning av kvalitetsindikatorer via QPI/Medrave för att följa utvecklingen över tid och identifiera förbättringsområden.

*Arbetet har försvårats av att många patienter är svåra att nå eller har tackat nej till uppföljande besök, vilket har påverkat möjligheten att genomföra planerade årskontroller. Dessutom har vårdcentraler under året haft en mycket hög patientomsättning, med cirka 10 000 nylistningar och cirka 7000 avlistningar, motsvarande cirka 3000 nylistade patienter brutto*

### 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.**

	1-Jan	1-Feb	1-Mar	1-Apr	1-May	1-Jun	1-Jul	1-Aug	1-Sep	1-Oct	1-Nov	1-Dec	1-Jan
Andel listade med KOL	0,0017				0,00189							0,0021	0,0023
Antal listade med KOL	38	39	42	44	44	44	44	44	45	46	51	52	55
Andel patienter med dokumenterad rökning	87	85	81	82	86	89	89	91	91	89	82	81	84
Antal patienter med dokumenterad rökning	33	33	34	36	38	39	39	40	41	41	42	42	46
Andel patienter som genomfört en spirometri	89	87	81	80	89	91	91	95	96	93	86	85	89
Antal patienter som genomfört en spirometri	34	34	34	35	39	40	40	42	43	43	44	44	49
Andel pat som dokumenterat CAT	63	62	57	59	68	70	70	75	78	76	73	71	69
Antal pat som dokumenterat CAT	24	24	24	26	30	31	31	33	35	35	37	37	38

Indikatornamn T.ex. Andel patienter	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
--	---------------------------	----------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------------

	med DM med HbA1c över 70 mmol/mol						
<b>Indikator 1</b>	Andel/antal listade patienter med diagnos KOL	0,19%(42 st)	25-01-01	0,25%	0,23% (55 st)	Medrave	25-12-31
<b>Indikator 2</b>	Andel/antal med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk	79%(33st)	25-01-01	≥95%	84% (46 st)	Medrave	25-12-31
<b>Indikator 3</b>	Andel med diagnos KOL som genomfört en spirometri	83%(35st)	25-01-01	≥95%	89% (49 st)	Medrave	25-12-31
<b>Indikator 4</b>	Andel/antal med KOL där man dokumenterat hälsostatus med CAT	60%(25st)	25-01-01	≥95%	69% (38 st)	Medrave	25-12-31
<b>Indikator 5</b>	Andel/antal med KOL-exacerbation som fått återbesök inom 6 veckor	75%(6st)	25-01-01	≥95%	Indikator togs bort pga svårighet att få fram tillförlitlig data	Medrave	25-12-31

**Övriga kommentarer:**

Samtliga processindikatorer förbättrades jämfört med utgångsläget 2025-01-01. Störst förbättring sågs för spirometri och CAT, vilket speglar effekten av strukturerade årskontroller. Målvärden ≥95% nåddes inte fullt ut, men förbättring skedde trots hög patientomsättning.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

*Vi har lärt oss att strukturerade rutiner och tydliga arbetssätt är en viktig förutsättning för att förbättra kvaliteten i KOL-vården, men att resultaten i hög grad påverkas av faktorer som ligger utanför vårdcentralens direkta kontroll. Trots omfattande screeninginsatser identifierades få nya patienter med KOL, vilket talar för att riktad uppföljning av redan kända patienter kan vara mer effektiv än bred screening.*

*Arbetet har också tydliggjort hur patienternas tillgänglighet och motivation påverkar möjligheten att genomföra årskontroller, spirometri och CAT-skattning. Den stora omsättningen av listade patienter på vårdcentralen har inneburit utmaningar i kontinuitet och uppföljning, vilket sannolikt bidragit till att vissa indikatorer varierat över tid trots aktiva insatser.*

*Samtidigt har förbättringsarbetet visat värdet av en engagerad KOL-sköterska och ett teamorienterat arbetssätt för att driva kvalitetsarbete framåt.*

**“Take-home messages”:**

- *Riktad uppföljning av kända KOL-patienter ger större effekt än bred screening i en ung och rörlig listad population.*
- *En namngiven KOL-sköterska är avgörande för genomförande av kontinuitet.*
- *Hög patientomsättning kräver flexibla uppföljningsstrategier snarare än traditionella årskontroller.*

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?

*Patienternas erfarenheter har använts som underlag för att förstå hinder och möjligheter i uppföljningen av KOL. Kontakter i samband med screening och uppföljningsförsök visade att många patienter är svåra att nå eller har begränsad möjlighet att komma till mottagningen vilket tydliggör behovet av flexibilitet i bokning av besök samt behovet av digitala besök som vi erbjuder.*

*CAT-skattning har använts som ett mått, men även som en dialogverktyg för att ta tillvara patientens egen upplevelse av symtom och sjukdomsburden. Samtal om rökvanor har förts med fokus på patientens motivation och förutsättningar. Erfarenheterna har bidragit till ökad förståelse för behovet av mer flexibla och individanpassade uppföljningsformer för att stärka patienternas delaktighet.*

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.

*Framåt planerar vi att fortsätta arbeta med strukturerad uppföljning av patienter med KOL som en del av ordinarie verksamhet. Fokus kommer att ligga på att vidmakthålla rutiner för dokumentation av rökstatus, genomförande av spirometri samt användning av CAT vid uppföljningsbesök.*

*Mot bakgrund av erfarenheterna under året kommer vi att prioritera riktad uppföljning av kända KOL-patienter snarare än bred screening. Arbetssätten kommer att anpassas för att*

*bättre möta en patientgrupp med hög rörlighet och varierande tillgänglighet, exempelvis genom flexibla boplatser och fortsatt stöd från KOL-sköterska.*

*Indikatorerna kommer att följas regelbundet för att tidigt identifiera behov av justeringar, med målsättning att långsiktigt förbättra kvaliteten och kontinuiteten i KOL-vården trots hög patientomsättning.*

**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](mailto: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.