

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: **KOL**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn: Kry vårdcentral Sundbyberg	Namn på er Informationsapotekare: Maria Arthursson
Verksamhetschef: Matilda Ardelius Holmberg	Verksamhetschefens e-post: matilda.ardelius@kry.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet: Gina Minarji	Kontaktpersonens e-post: gina.minarji@gmail.com alt gina.minarji@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 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 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: Gina Minarji
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:

Gina Minarji, ST-läkare
Fotini Eleftheriadou, MAL och specialist i allmänmedicin
Manijeh Lebasara, astma/KOL-ssk

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

B:

Vi kommer slumpmässigt att ta fram 10 st patienter med diagnosen KOL ur Medrave. Astma/KOL-ssk kommer att ställa nedan frågor, antingen vid besök eller per telefon. Vi kommer att ta hänsyn till svaren och förslagen som vi får från patienterna. Frågorna lyder:

1. Visste du att du har diagnosen KOL?
2. Fick du information och utbildning om KOL när du fick diagnosen?
3. Hur tror du att din kropp påverkas av KOL?
4. Fick du information om vad du själv kan göra för att må bättre?
5. Vet du vilka tecken som tyder på försämring av KOL och vad man ska göra då?
6. Har du några förslag på vad vi kan tänka på med det här arbetet?

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.

KOL är en av världens största folksjukdomar. Även i Sverige tillhör KOL de vanligaste folksjukdomarna, där ca 400000-700000 av befolkningen estimeras lida av sjukdomen och ca 2500-3000 patienter varje år dör till följd av sjukdomen. Nationellt finns ett stort mörkertal, trots att prevalensen beräknas sjunka till följd av bättre tillgång och kvalitet på erbjuden vård. Ju tidigare upptäck desto större prognos och överlevnad har patienten. Samhällskostnaderna kan sålunda också minska. KOL-diagnos kan ställas såväl på sjukhus som inom primärvården.

För närvarande råder en underdiagnostik av KOL på vår vårdcentral jämfört med genomsnittet i Stockholm, vilket kan tolkas ur Primärvårdskvalitet. Dels beror underdiagnostiken på att primärvården inte lyckats fånga upp samtliga patienter som har eller misstänkts ha KOL, dels beror underdiagnostiken på patienters ovilja till i första hand utredning (samtycker inte till spirometri), ovilja till att sluta röka och i vissa fall även diagnostik (samtycker ej till att diagnosen registreras i TakeCare) men även skuld och skam över diagnosen och tillståndet med rökning.

Sedermåra behöver man inte vara rökare för att riskera att drabbas av KOL. Yngre patienter med exempelvis a1-antitrypsinbrist riskerar att få KOL i ung ålder, men dessa följs på lungmottagning och således registreras diagnosen sällan inom primärvården i fråga.

Med detta kvalitets- och förbättringsarbete vill vi åstadkomma en statistisk bättre kongruens mellan prevalens av KOL i samhället i Sverige och prevalensen på vårdcentralen. Vi vill minska mörkertalet för att både kunna ge patienter bättre vård, vårdkvalité och även livskvalité. Uppföljningsmässigt vill vi i större utsträckning kunna kalla patienter årligen för kontroller.

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:

Vi vill öka detektion, diagnostik och uppföljning av KOL på vårdcentralen för att kunna erbjuda adekvat behandling, förlångsamma både progress, antal KOL-exacerbationer och sjukhusinläggningar men även förhindra sjukdomar konkommitanta med diagnosen (exv osteoporos, hjärtsvikt, etc.) och förhindra för tidig död.

Vår målsättning är att så många patienter som möjligt ska fångas upp och samtycka till vidare utredning och adekvat behandling av KOL.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Idéer till lösningar (För att nå målen)

<p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>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/</p>					
<p>1: Vi frågar inte om rökning/tidigare rökning och diagnosen är inte fastställd. Vi har inte heller haft snabb-screening för KOL vilket försvårar att man skickar en patient på spirometri utan symtom.</p>	<p>1.1: Informera i personalgruppen om vikten av att tillfråga detta. 1.2: COPD6-mätare som görs av våra undersköterskor på vårt laboratorium. 1.3: Dra ut siffror på rökare av åldrarna 55-75 års ålder för screening. Screena även patienter med hjärtsvikt från 55-75 års ålder.</p>					
<p>2: Spirometri gjorts någon annanstans eller att andra vårdgivare (exv sjukhus) satt diagnosen utan spirometri - eller att patienten möjligtvis är för gammal för och således inte klarar av att utföra en spirometri.</p>	<p>2.1: Journalgranskning. 2.2: Utbildning i personalgruppen om beställning av spirometri och dokumentera rätt. 2.3: inte enbart lägga till diagnos som satts på sjukhus i enstaka journalanteckning, utan skapa diagnosen så att Medrave känner av denna.</p>					
<p>3: Feldokumentation, t ex i fritext istället för mallen.</p>	<p>3.1: Journalgranskning. 3.2: 3.3:</p>					
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>						
<p>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.)</p>						
<p>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.</p>						
	<p>Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka</p>	<p>Nuläge = Startläge (% eller antal)</p>	<p>Datum/period för startläge</p>	<p>Mål (% eller antal)</p>	<p>Källa (t.ex. Medrave)</p>	<p>Datum för att uppnå målvärdet</p>
<p>Indikator 1</p>	<p>Förekomst av KOL.</p>	<p>0,8 %</p>	<p>2025-03-01</p>	<p>1,3 %</p>	<p>Primärvårdskvalitet</p>	<p>2025-12-31</p>

Indikator 2	Andel patienter med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri	69,2%	2025-03-01	> 95%	Primärvårdskvalitet	2025-12-31
Indikator 3	Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk	65,7%	2025-03-01	> 95%	Primärvårdskvalitet	2025-12-31
Indikator 4	Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om CAT	32%	2025-03-01	> 95%	Medravnem4	2025-12-31
Indikator 5						

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 fikaummet, 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/verkygslada-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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

Patienter som följs och är listade på vår vårdcentral kommer i mån av adekvat sökorsak att tillfrågas av våra kliniker om de röker eller har rökt tidigare i livet (om de själva inte nämner det). I vårt provtagningslaboratorium kommer det finnas COPD6-mätare tillhands för att med patientens samtycke gratis screenas av undersköterskorna. Om resultatet på COPD6-mätningen visar på avvikelser, råder misstanke om obstruktivitet varvid patienterna kommer att erbjudas och i mån av samtycke bokas in på spirometri av vederbörande kliniker till vår astma/KOL-ssk Manijeh. Vid spirometrifynd förenliga med KOL kan diagnos ställas och adekvat behandling sättas in (fysioterapi, läkemedelsbehandling, uppföljning, etc.)

Ur Medrave kommer dr Fotini att dra ut listor på patienter mellan 55 och 75 års ålder som röker eller har hjärtsvikt, och kalla dem för COPD6-mätning eller se om de har närliggande besök till vårdcentralens kliniker för att uppmärksamma det i bokningsunderlaget.

Astma/KOL-ssk Manijeh drar ut listor ur Medrave på patienter med diagnos KOL som inte har dokumenterat tobaksbruk samt patienter som inte har journaldokumentation av CAT som också kommer att journalgranskas och fångas upp.

Patienter med ny diagnos KOL kommer att journalgranskas för att se över i vilken utsträckning de har gjort spirometri, var och hur diagnosen är satt.

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

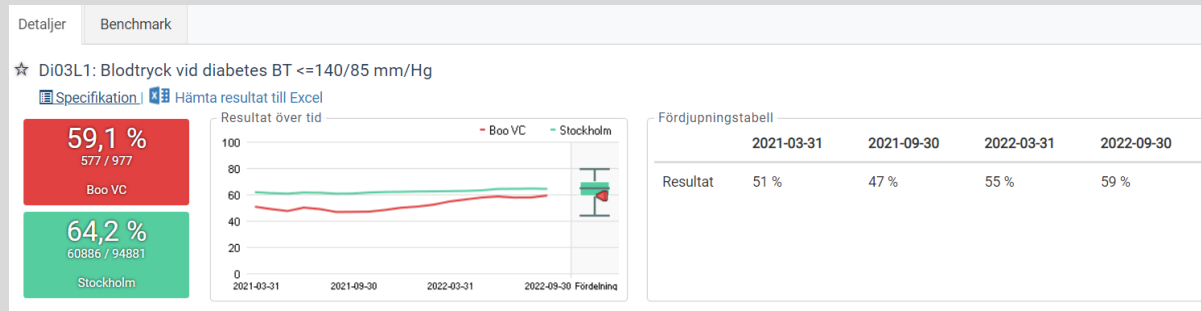
De förbättringsidéer vi har testat har varit följande:

- vi har löpande på APT och läkarmöten gått igenom vikten av att inneha KOL-diagnos i beaktande när de träffar patienter som röker/har rökt i sitt liv under årskontroller alt besök där dyspné eller även andra kroniska sjukdomar såsom hjärtsvikt förekommer.
- vi har tagit ut 10 st slumpmässiga patienter ur Medrave för att intervjua liksom enl ovan, och hur de skulle vilja bli bemötta avseende diagnosen.
- vi har annonserat med större planscher i alla fyra av våra väntrum (inkl laboratoriets) att vi erbjuder gratis snabb-lungfunktionsscreening.
- vi har beställt nya COPD6-mätare att ha i vårt laboratorium där undersköterskorna har hjälpt patienterna med undersökningen. Vi har varit noga med att inneha nya och korrekt kalibrerade COPD6-mätare för att inte få falsk-negativa resultat. När undersköterskorna har fått resultaten har de kunnat plotta in dem under "Mätvärden" (lokala analyser) som är en sedan 2025 ny mall hos oss på vårdcentralen, och därefter lagt vidimeringen till PAL som remitterade patienten för undersökningen alternativt till listad specialist/ST-läkare om patienten valt att genomgå undersökningen på eget bevåg. Vid positiva resultat har vi erbjudit patienterna internremittering till vår KOL-ssk för spirometri alt utremittering till fyslab för spirometri externt.

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	Förekomst av KOL.	0,8 %	2025-03-01	1,3 %	0,8%	Medrave.	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Andel patienter med ny diagnos med KOL som genomfört spirometri	69,2%	2025-03-01	> 95%	76,1%	Medrave.	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
Indikator 3	Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om tobaksbruk	65,7%	2025-03-01	> 95%	97,3%	Medrave.	T.ex. dec 2025
Indikator 4	Andel patienter med diagnos KOL som har dokumentation om CAT	32%	2025-03-01	> 95%	62%	Medrave.	T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss flera saker avseende diagnostik och registrering:

- att ställda diagnosen KOL kräver merarbete och samarbete från patienternas håll
- att det är av stor vikt att tillfråga tobaksbruk för att kunna ha motiverande samtal med våra patienter om att sluta röka + erbjuda vår tobaksavvänjare samt medicinsk hjälp mot röksug för att minska progressen och ev symptom av KOL

- att symtomskattning i form av CAT är i stor mån ett viktigt verktyg för att skatta hur patienterna mår under sin eventuella behandling, se över om patienterna har god compliance till behandling (kostnad på t ex trippelbehandling kan vara ett hinder) samt för att kunna skatta själva KOL-sjukdomen och se om huruvida patienterna står på rätt behandling. CAT är även av vikt för att se över om vi kan göra mer för patienten, t ex remittera till fysioterapeut för KOL-skola, eventuellt dietist och psykolog.
- att registrera adekvat data (tobaksbruk, CAT, spirometri) i adekvata fält och inte i fritext, t ex under "Aktuellt". Under journalgranskningar kunde man se flertalet journalanteckningar där adekvat data hade noterats i fritext och inte i mallar/ICD-kod.

Vi har samtliga erhållit viktiga tankeställare: att en åldrande befolkning sannolikt kommer att innebära större incidens och prevalens av KOL och att det är viktigt att veta hur man ska identifiera patienter och på ett respektfullt sätt bemöta dem där de är både i sina symtom och eventuellt aktivt bruk av cigaretter.

Vi har lärt oss om etiska utmaningar i sammanhanget - vad tycker patienterna om sin situation? Hur vill de bli bemötta? Gör vi några misstag i bemötandet såtillvida att patienterna upplever sig beskyllda för sin eventuella KOL vilket kan medföra att de inte samtycker till utredning som kan föranleda diagnostik?

Vår andel patienter med diagnosen KOL förblev densamma. En anledning kan ha varit att vår listning på vårdcentralen överlag ökat under år 2025. En annan förklaring kan ha varit bortfall i form av dödsfall (vi får inte glömma att KOL är en vanlig dödsorsak) och bortfall då eventuellt patienter kan ha listat om sig till andra vårdcentraler.

Vi har medvetenheten om att vi är en ambitiös arbetsgrupp, där vi ser resultat beträffande andel utförda spirometrier, registrering av tobaksbruk och CAT år 2025 (indikatorer 2, 3 och 4), men att vissa av målen var något ambitiöst satta vilket vi inte lyckades uppnå till fullo (>95%, indikatorer 2 och 4). Vi har dock medvetenheten om att vi kan komma att uppfylla målen under år 2026 då denna insats kommer att bestå över en längre tid och alltså inte falla i glömska bara för att detta kvalitetsarbete utfördes år 2025.

Vi har även lärt oss om större felkälla. Många patienter får idag diagnosen KOL i samband med sjukhusvård utan att spirometri har utförts. För oss i primärvården är det viktigt att identifiera dessa patienter för att kunna erbjuda och genomföra spirometri i efterförloppet. Samtidigt ser vi att många äldre patienter med hemsjukvård inte orkar eller vill genomgå ytterligare utredning när de kommer hem, och diagnosen kvarstår trots avsaknad av spirometri. Behandling initieras eller fortsätter även om den formella, definitionsmässiga diagnosen inte är säkerställd. Samtidigt har många av dessa patienter ett långvarigt rökbruk och kliniska/radiologiska fynd förenliga med emfysem. Detta väcker frågan hur vi på ett strukturerat och patientsäkert sätt bör hantera denna patientgrupp framöver.

I genomgången framkom även att många patienter redan hade genomfört spirometri på andra mottagningar eller på fysiologiskt laboratorium, men att dessa undersökningar inte fångades upp av Medrave.

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?

1. Vi har involverat patienterna i både telefonsamtal (intervjuer) och använt oss av konsultationsteknik och motiverande samtal avseende tobaksbruk och även tillfrågat då huruvida patienterna önskar utreda sig med ett gratis snabbtest efter läkarbesöket. Vi har tillfrågat ett slumpmässigt urval om hur de skulle vilja bli bemötta och handlagda i en sådan diagnostik
2. Vi har ökat patienternas delaktighet avseende KOL-arbetet genom att icke-verbalt i form av affischer erbjuda dem snabbtest med COPD6-mätning.
3. Vi har erhållit allians med flertalet patienter avseende att de utfört spirometri som led i uppföljning och optimering av KOL, vilket är av vikt inte minst ur hälsoekonomisk ståndpunkt.
4. Vi har lärt oss och ökat respekten för patienternas eventuella egna åsikter om sin potentiella/aktuella KOL-sjukdom. Många patienter som har rökt i flera år har nekat till

utredning av skuld, skam och stigma. Vi har lärt oss att i dessa fall är det av oerhörd vikt att vi vårdgivare gör vårt yttersta för att patienterna ska känna sig hörda om hur de känner sig i sitt tillstånd, trygga i att öppna upp sig om känslor och tankar inför en eventuell KOL-sjukdom och att vårdbesöket ska vara ett "safe space" för bäst allians. Om vi lyckas få med patienterna på detta sätt så tillvida att de samtycker och blir mer involverade i sin egen vård och behandling, så kommer vi att lyckas bättre med att identifiera KOL-patienter på vår vårdcentral de kommande åren. Detta är något som löpande kommer att tas upp på t ex läkarmöten och APTn, just eftersom KOL är en av få diagnoser där patienterna kan känna socialt stigma. Lyckas vi, kommer vi att kunna vidare öka detektionsgraden av KOL på vår vårdcentral.

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.

Likt noterat i föregående fråga är detta ett arbete som inte kommer att ta slut bara för att kvalitetsarbetet avser år 2025 - alltså inte en punktinsats - utan det är ett ständigt pågående arbete för att främja folkhälsa, hälsoekonomi och livskvalitet för dessa patienter.

Vi kommer att löpande utföra kvalitetsarbeten på vårdcentralen samtidigt som vi har både detta arbete och diagnosen KOL i allt större beaktande när vi träffar patienter med misstänkt KOL.

Vi kommer att fortsätta informera patienterna om att de får screena sig med COPD6-mätare via vårt lab/drop in, och snabb-spirometrin kommer alltså att finnas kvar på vårdcentralen och se till att vara korrekt kalibrerad. Detta är inte en kampanj, utan en permanent åtgärd som bl a detta kvalitetsarbete medfört.

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 förbättringsarbeten.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.